



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER DE AUTOESTIMA PARA PREVENIR
ANOREXIA, DIRIGIDO A ADOLESCENTES
VARONES.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ERIKA ALEJANDRA TAPIA ROSA



**DIRECTOR DE TESINA:
MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ
ORDÓÑEZ**

**COMITÉ DE TESINA
MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO
MTRO. JORGE ALFONSO VALENZUELA
VALLEJO**

**MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA
MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LINA**

Ciudad Universitaria, CDMX 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Principalmente a mis padres, esto es tan suyo como mío, me brindaron una formación, esto es la culminación de un camino que inicio con esa motivación que siempre me brindaron por aprender, cuando me enseñaron que la única herencia es la educación, y por qué el camino para poder llegar a donde estoy mucho es por lo generosos que han sido con mi educación.

A mi padre, gracias, por sentarte conmigo para hacer tarea, por enseñarme lo que tú aprendiste que aun que para ti fue poco para mí fue el ejemplo más grande de superación y de ganas por aprender, por esa generosidad que siempre tuviste conmigo y mi educación, por enseñarme que todo lo bueno en la vida se debe disfrutar “un paso a la vez”, que debes ser perseverante y sobre todo por enseñarme a ser una mejor persona te amo.

A mi madre, cuanto te agradezco las horas de trabajo que hiciste por pagar mis estudios, por que aun que te vi cansada, siempre tuviste tiempo para escucharme y darme ánimos cuando sentía que ya no podía seguir, por confiar siempre en mí, porque me has enseñado tanto y de todo; la mujer que más admiro y de la que más deseo un abrazo te amo infinito.

A mi casa de estudios UNAM, por el orgullo que me llena todo lo que representas, porque en tus aulas me llené de conocimiento, por que viví grandes experiencias en tus pasillos, tu campus se volvió mi lugar favorito en toda la ciudad, por todo lo que leí en tus bibliotecas, por que conocí a profesores que me inspiraron e impulsaron a ser una mejor psicóloga y por que en ti conocí a verdaderos amigos y colegas que han llenado mi vida de risas, apoyo, y que durante la carrera y lo que siguió se volvieron una pequeña familia a la que llevo en mi corazón.

A mi hermano por todo lo que has hecho por mí en distintos sentidos, por tus consejos, tu apoyo y esos abrazos que me salvan de la tempestad, gracias por aguantar.

A todos mis amigos que directa o indirectamente, han recorrido este proceso junto a mí, que me motivaron o me brindaron una palabra de aliento para concluir esta fase de mi vida, hay palabras y momentos que me ayudaron a construir este logro en verdad muchas gracias.

A mi directora la Maestra María Eugenia, le agradezco enormemente a ver creído en mi proyecto, por darme luz y ser mi guía con su conocimiento, por mostrarme siempre su apoyo en esta última parte complicada es un sol.

A mis sinodales por todas las aportaciones que iniciaron que mi trabajo se enriqueciera.

Y agradezco a la vida por permitirme llegar a este momento, ahora soy consciente que todo lo que todas las vivencias, experiencias y aprendizajes tuvieron que pasar para que fuera de esta forma.

TALER DE AUTOESTIMA DIRIGIDO A ADOLESCENTES VARONES PARA PREVENIR ANOREXIA

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1	6
ADOLESCENCIA.....	6
2.1 Definición	7
2.2 Aspectos Físicos	7
2.3 Aspectos Cognitivos	10
2.4 Aspectos Emocionales	12
2.5.1 Factores de riesgo	18
CAPITULO 2.....	20
AUTOESTIMA	20
1.1 Autoimagen y Autoconcepto	20
1.2 Definición de Autoestima	22
1.3 Antecedentes	24
1.4 Características.....	25
1.5 Tipos de Autoestima.....	30
1.6 Diagnóstico.....	32
1.7 Técnicas para elevar la autoestima	33
CAPITULO 3.....	38
ANOREXIA	38
3.1 Antecedentes Históricos	39
3.2 Definición	40
3.3 Epidemiología	42
3.5 Diagnóstico.....	43
3.6 Factores de Riesgo.....	47
3.7 Causas.....	50
3.8 Tratamiento	53
PROPUESTA	62

CONCLUSIONES	72
ALCANCES.....	74
LIMITACIONES.....	74
Bibliografía	75
Anexos.....	77

RESUMEN

Las edades más vulnerables para presentar anorexia son entre los 15 y 19 años, que es la edad crítica de la adolescencia, lo que puede llevar a tomar acciones impulsivas que lo hacen no ser consciente de las consecuencias de ciertas acciones, como dejar de alimentarse, baja tolerancia a la frustración así como la distorsión de su propio cuerpo.

Los varones han tenido en épocas recientes un incremento en la presencia de casos de anorexia y éste va de 1 caso en hombre por cada 10 presentados en mujeres, esto debido a la influencia de una baja autoestima y de diferentes factores en los que interviene la percepción de una imagen corporal errónea.

La valoración positiva de la imagen física, es la dimensión de la autoestima que más se encuentra a juicio de los demás, tanto por los medios de comunicación como por los iguales; en la cultura, el adolescente va a percibir los estereotipos de belleza que “tendrá que cumplir” para su mejor aceptación.

El presente documento, es una propuesta de taller, dirigido a adolescentes varones que han sido detectados con algún factor de riesgo para desarrollar anorexia.

Palabras Clave: Adolescentes, anorexia, autoestima

SUMMARY

The most vulnerable ages to present anorexia are between 15 and 19 years old, which is the critical age of adolescence, which can lead to impulsive actions that make them not aware of the consequences of certain actions, such as stopping feeding, low tolerance to frustration as well as the distortion of their own body.

Males have had in recent times an increase in the presence of cases of anorexia and this goes from 1 case in man for every 10 presented in women, this due to the

influence of a low self-esteem and of different factors in which the perception of an erroneous body image.

The positive assessment of the physical image, is the dimension of self-esteem that is more in the opinion of others, either by the media and as equals; the adolescent culture will perceive the stereotypes of beauty that "will have to fulfill" for its better acceptance.

This document is a proposal of size, aimed at adolescent males who have been detected with some risk factor to develop anoexia.

Keywords: Adolescents, anorexia, self-esteem

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas en las que el humano pasa de ser niño a un casi adulto, durante este periodo existen cambios tanto en aspecto físico, como cognitivos, emocionales y sociales.

Durante los cambios físicos, el adolescente pone más atención en su cuerpo, se va formando una imagen de éste, una percepción general. En el caso de las mujeres según Santrock (2006), se muestran insatisfechas con su cuerpo debido a los estándares de belleza actuales, así como a imágenes negativas; al contrario de los hombres a quienes ganar peso no les molesta, ya que con ello aumenta su masa muscular.

La relación que el adolescente hace ahora entre su cuerpo y mente traen consigo, ciertos cuestionamientos dirigidos a su imagen, a “cómo se siente” ante la nueva forma de ver su entorno, su orientación sexual, sus relaciones con amigos y padres.

En la actualidad, una preocupación excesiva por el cuidado del aspecto físico, en específico de la figura y conlleva al seguimiento de dietas para lograr “un cuerpo delgado”. Ser físicamente “atractivo o perfecto” se ha convertido en uno de los principales objetivos de la sociedad, es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto físico parece ser el único sinónimo de éxito, felicidad y salud.

Cada persona da a la comida su propia importancia, algunos lo ven como una forma de interacción, una forma de nutrirse, de relajarse y mucho otros lo ven como una preocupación que los llevará a un incremento en su peso desarrollando una patología; es decir, un trastorno de la conducta alimentaria.

Serra (2015), menciona que los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que se caracterizan por un comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y una obsesión por el control de peso.

El presente trabajo se enfocará en la anorexia; que según la Asociación Americana de Psicología a cargo del DSM-V (2013), cataloga a este como un trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos; es decir, falta de interés aparente

por comer y alimentarse, preocupación excesiva acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer.

El Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) (2017), menciona que las edades más vulnerables para presentar anorexia son entre los 15 y 19 años. La cantidad de casos presentados en mujeres es mucho mayor a los casos presentados por hombres; sin embargo, estos han ido en aumento en los últimos años (CNEGSR, 2004).

Desde hace 10 años la relación de este padecimiento era 1 caso de anorexia en varones contra 10 en mujeres (Parral, 2007), actualmente

Por otro lado la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT, 2016) arroja que el 7% de los hombres y 26% de las mujeres presentaba preocupación excesiva por subir de peso.

Uno de los factores de riesgo es la búsqueda de su identidad que traerá una crisis, en donde las constantes preguntas en torno a ella serán sobre sí mismo, ¿Quién soy? y ¿Qué debo hacer?, fomentarán un desequilibrio emocional, en donde el miedo, la ansiedad y la inseguridad serán un factor importante en este proceso (Martín & Navarro, 2011).

La autoestima es un factor de riesgo en los casos de anorexia, ya que como la define Coopersmith (1967, en Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo , & Cortés, 1993) es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo.

Una autoestima baja, es en sí un factor negativo importante, su mayor auge es en la adolescencia, y es una pobre opinión de uno mismo; aumentando el grado de perfeccionismo del adolescente, lo que lleva a controlar de manera habitual lo que come y de esa manera “mejorar su imagen corporal” (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Para el presente trabajo, en el primer capítulo hablaremos de autoestima, definición, tipos de autoestima así como aspectos que puedan ayudar a diagnóstico.

En el capítulo dos, se presenta el desarrollo en la adolescencia, (físico, cognitivo, emocional y social).

En el capítulo tres se expone el tema anorexia, antecedentes, definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento.

Finalmente en el cuarto capítulo, se presenta una propuesta de taller, que pueda brindar psicoeducación y reestructuración de pensamientos a los adolescentes que presenten algún factor de riesgo derivado de la distorsión de su imagen corporal.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

La adolescencia, es un periodo importante en el ciclo de vida del ser humano, ya que es en este período en donde se plantea la formación física, psicológica, cognitiva y social de lo que en el futuro será un adulto joven capaz de tomar decisiones con base en su porvenir.

En esta etapa el niño pasa de su estado infantil a un período casi adulto, en donde el cambio es una constante; la transición que sufrirá el ahora adolescente se basa en cierto tipo de crisis en donde la opinión social para ellos va a tener mucho peso para la búsqueda de su identidad.

La adolescencia, se inicia con la aparición de la pubertad, este último período es en el que aparecen los primeros cambios biológicos y sexuales que lo llevarán a desarrollar su capacidad reproductiva, (Papalia, Wendkos, Olds, & Duskin, Felman, 2010). Desde el comienzo de este período van a ocurrir cambios hormonales que como resultado van a traer consigo como parte de un proceso de maduración el desarrollo de los caracteres sexuales y el desarrollo físico.

La pubertad no es sinónimo de adolescencia ya que esta termina antes de concluir el periodo adolescente. Durante la pubertad, se desarrollan las características sexuales secundarias como el vello corporal, la voz grave en los niños, la aparición de los pechos en las niñas, los cambios físicos asociados a los cambios hormonales se desarrollan en esta etapa (Santrock, 2006).

Es así como el individuo en su desarrollo va atravesando distintos procesos y transformaciones, en donde su punto de inicio es resultado de una transición biológica; sin embargo, no solo los cambios físicos abarcan la adolescencia; es una etapa intermedia en donde se va a ir desarrollando la identidad, carácter y características sociales que formaran la personalidad de un adulto.

2.1 Definición

El término adolescencia que proviene del latín *adolescere* significa cambio, “crecer” o “madurar”, constituyendo una etapa de cambios que conduce a la madurez.

Este período de transición de la infancia a la edad adulta transcurre entre los 11-12 años a los 18-20 años aproximadamente; de primer momento la madurez a alcanzar es la física, ya que la serie de cambios implicados tiene que ver con la apariencia; es decir la llegada de la pubertad, entendiéndose por este concepto como el conjunto de transiciones físicas que conducen a una madurez sexual por tanto reproductora (Moreno, 2015).

La infancia queda a un lado para poder dar paso a la búsqueda de una identidad propia, la constante pregunta ‘¿Quién soy?’ va a dar paso a la formación de su autoimagen, los vínculos afectivos con sus iguales apoyan el desarrollo de su autoestima, sus formas de pensamiento, así como la capacidad para tomar decisiones buscando con ello la emancipación de los padres y su independencia futura. A continuación, se presentaran los aspectos que influyen en este desarrollo.

2.2 Aspectos Físicos

Durante el inicio de la pubertad las hormonas juegan un papel importante para el desarrollo físico del ahora adolescente, desarrollará neurológicamente hablando relaciones entre el hipotálamo, la hipófisis y las gónadas (sistema endocrino).

La función del sistema endocrino, en esta etapa está centrada en la interacción del hipotálamo, el cual está situado en la parte superior del cerebro, controla la saciedad, la sed y el sexo, la glándula pituitaria controla el crecimiento y regula otras hormonas como las gonadotropinas reguladoras del desarrollo y por último las glándulas sexuales, también llamadas gónadas en el caso de los hombres los testículos y en el caso de las mujeres los ovarios (Santrock, 2006).

Desde edades de 6 a 8 años en el cuerpo de todavía un niño, se produce adrenarquía que ayuda como predecesora a las hormonas de secreción, encargada de estos

sucesos en la adolescencia (Diz, 2013), lo que provoca estos cambios morfológicos más notorios en los adolescentes. Gracias a estas hormonas se da el crecimiento de vello púbico, crecimiento de testículos y pene en los hombres, y desarrollo de las mamas en las mujeres.

La concentración de estas hormonas aumenta en esta etapa; en el caso de los hombres la testosterona asociada al crecimiento de genitales, cambio de voz y aumento en la estatura; en el caso de las mujeres la hormona relacionada al crecimiento de los senos, el útero y el sistema óseo es el estradiol (Santrock, 2006), ambas hormonas están presentes tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, estas se puntualizan más en un género que en otro

Los cambios físicos en esta etapa comienzan con un rápido y general aumento de formas corporales, los cambios más destacados son: el crecimiento de vello púbico axilar y facial, cambio de voz y desarrollo muscular en caso de los hombres y en el caso de las mujeres crecimiento de senos y ensanchamiento de caderas (Ver tabla 1).

Tabla 1
Secuencia de cambios fisiológicos n el adolescente

Características femeninas	Edad en la que aparece
Crecimiento de los senos	6 a 13
Crecimiento de vello púbico	6 a 14
Crecimiento corporal	9.5 a 14.5
Menarquía	10 a 16.5
Aparición de Vello axilar	2 años después del vello púbico
Mayor producción de hormonas generadoras de sudor y grasa	Al mismo tiempo que la aparición del vello axilar
Características masculinas	Edad en la que aparece
Crecimiento de testículos y escroto	9 a 13.5
Crecimiento de vello púbico	12 a 16
Crecimiento corporal	10.5 a 16
Crecimiento de pene, próstata y vesículas seminales	11 a 14.5

Cambio de voz	Al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyaculación	Apróx. 1 año después del crecimiento del pene
Aparición de vello facial y axilar	Apróx. 2 años después de la aparición de vello púbico
Mayor producción de hormonas generadoras de sudor y grasa	Al mismo tiempo que la aparición del vello axilar

Recuperado en Papalia, D. E., Wendkos, Olds, S., & Duskin, Felman, R. (2010).

Según Diz (2013), en los varones, el desarrollo sexual comienza de los casi 10 años a los 13 años, el aumento de tamaño de los testículos es el primer signo; para las mujeres, desarrollar el botón mamario es el primer signo y se da entre los 9 y 13 años.

Durante los cambios hormonales y el desarrollo físico, en las mujeres aparecen la menarquía, es decir la primera menstruación y en los hombres la espermaquía, es decir su primera eyaculación; dando pie al desarrollo sexual (Moreno Fernández, 2015).

Otros aspectos físicos aparentes en este desarrollo son el aumento de estatura y peso, para las mujeres estos cambios se presentan 2 años antes que, para los hombres, la estatura aumenta para las mujeres 8 cm. al año y en los varones 10 cm., el peso está relacionado con la estatura y su aumento va de la mano con el incremento de estatura (Santrock, 2006).

En el caso del peso y la estatura, el desarrollo de éste para las mujeres se inicia a los 9 años a diferencia de los varones que se inicia a los 11; en el caso de la estatura las mujeres aumentan por año 8 centímetros y los varones 10 (Papalia, Wendkos, Olds, & Duskin, Felman, 2010). Al comenzar la adolescencia las niñas tienden a ser más altas que los niños sin embargo, al irse desarrollando y llegar a la educación secundaria los papeles se invierten siendo ya de mayor estatura los varones; en

cuestiones de peso, pasa una situación muy parecida, están relacionadas la altura con la ganancia de peso, ocurre antes en las mujeres y posteriormente el aumento viene en los varones.

Durante los cambios físicos, el adolescente pone más atención en su cuerpo, a los cambios que van ocurriendo; se va formando una imagen del cuerpo, la percepción de éste. En el caso de las mujeres según Santrock (2006), se muestran insatisfechas con su cuerpo debido a los estándares de belleza actuales así como a imágenes negativas, al contrario de los hombres a quienes ganar peso no les molesta, ya que con ellos aumenta su masa muscular.

Algunos patrones aparecen como consecuencia de los cambios en la apariencia física en los adolescentes, (Papalia, Wendkos, Olds, & Duskin, Felman , 2010) a los hombres parece alegrarles el vello en el rostro y en el pecho, por el contrario las mujeres a quienes la aparición del vello no es algo que para su imagen se vea adecuado.

2.3 Aspectos Cognitivos

Durante esta etapa los pensamientos infantiles que se tuvieron dan paso a pensamientos donde los adolescentes, son capaces de realizar razonamientos abstractos, así como juicios se plantean su porvenir.

Se adentra a un mundo de adultos, en donde se percibe como su igual en referencia a forma de pensamiento y la manera de expresar sus ideas; los hace creer en ocasiones que tienen mejores ideas debido al resurgimiento del egocentrismo y narcisismo que pasaron en estadios pasados (Piaget, 1969).

Como Piaget (1969) refiere, el desarrollo cognitivo del adolescente ya no se basa como en su etapa infantil, en sus pensamientos sobre lo concreto sino, que ya son capaces de basar sus pensamientos en experiencias; capaces de crear situaciones, posibilidades hipotéticas y abstractas; todo lo anterior como medio para la resolución de problemas.

Alrededor de los 11 a los 12 años se inician los cambios cognitivos, llegando a su comprensión completa alrededor de los 14 ó 15 años; la desvinculación de la lógica concreta de los objetos, es decir la posibilidad de manipular ideas en lugar de manipular objetos como se venía haciendo en la infancia (Piaget, 1972 en Caplan y Lebovici, 1973).

El adolescente ya es capaz de elaborar o comprender teorías y conceptos idealizados o abstractos, surge la planeación de proyectos futuros, concibe intereses donde hay posibilidad de que no sean inmediatos, sin que esto lo frustre, poniendo a prueba su tolerancia a la frustración y así mismo se puede apasionar con el surgimiento de sus ideologías idealistas.

Sobre esta idea de pensamiento idealista en el cual hay un sinfín de posibilidades, es decir planea su propio concepto de pensamiento; a su manera el adolescente empieza a explorar y planear la resolución de problemas. A este pensamiento se le conoce como razonamiento hipotético, es decir que como menciona Piaget (1969), hace referencia a la capacidad de realizar hipótesis o suposiciones.

Este razonamiento formal aparece entre los 12 y 15 años; este razonamiento se da con base en la experimentación, con el propósito de ver la mayor parte de las posibles resoluciones a esa hipótesis (Piaget, 1969).

Con el paso a este nuevo estadio, se van formulando nuevas operaciones a las que Piaget llama Operaciones Proposicionales, con dos vertientes:

- ✓ La primera perteneciente a una serie de combinaciones lógicas también conocidas como operaciones hipotético-deductivas que en contraste con las operaciones concretas en donde solo hay una clasificación o respuesta a la hipótesis, en las operaciones hipotético-deductivas hay un conjunto de combinaciones de un elemento con otro.

El adolescente tratará de ver las alternativas de los diferentes factores; es decir planteará cuanta hipótesis le sea factible para verificar las combinaciones a su toma de decisiones.

- ✓ La segunda es la llamada reversibilidad, la cual como explica Piaget (1969), son dos formas en la que se presenta esta vertiente, la irreversibilidad por inversión o negación por ejemplo $+A-A=0$, ó $+N-N=0$ el adolescente crea en su mente ya los conceptos de anulación, (Piaget & Inhelder, 1969) empieza a asimilar la relación que existe en reunir a los objetos y separarlos de otros.

La comprensión matemática de este hecho da entrada a la reversibilidad estricta, en ésta se agrupa a las clases, ya sean aditivos, negativos, multiplicativos, donde se abstrae o suprime a algún objeto dependiendo de su valor matemático.

Dentro de la reversibilidad su segunda forma es; la reversibilidad por reciprocidad o simetría, está se caracteriza porque la operación de partida cumple con una equivalencia; por ejemplo A, está a la izquierda de B y como consecuencia B está a la derecha de A, es decir en la medida de uno está el otro valor.

En esta etapa también se incrementa la capacidad de toma de decisiones, el porvenir, los amigos, la pareja, elección de carrera, son elecciones que deben tomar para el futuro, la mayor parte de ellas en edades más avanzadas se basarán en la experiencia que vayan adquiriendo; es decir los lleva a desarrollar un pensamiento crítico, mayor procesamiento de la información, conocimientos de diversas áreas, capacidad para desarrollar estrategias para el desarrollo de conocimiento (Santrock, 2006).

2.4 Aspectos Emocionales

La relación que el adolescente hace entre su cuerpo y mente traen consigo, ciertos cuestionamientos dirigidos a su imagen, a “cómo se siente” ante la nueva forma de ver su entorno, su orientación sexual, sus relaciones con amigos y conseguir la anhelada independencia de las figuras paternas.

Los cambios dados durante la pubertad amplían la forma de pensamiento, la forma de afrontamiento, la forma de comprender la realidad, así como de interactuar con ella. Esta etapa está caracterizada por altibajos emocionales, dado que en la búsqueda a las respuestas de las preguntas sobre sí mismo se genera estrés.

La búsqueda constante de su identidad traerá consigo la llamada “crisis de búsqueda de identidad” en donde las constantes preguntas en torno a ella serán sobre sí mismo, ¿Quién es? Y ¿Qué debe hacer?, fomentarán un desequilibrio emocional, en donde el miedo, la ansiedad y la inseguridad serán un factor importante en este proceso (Martín & Navarro, 2011).

Durante la búsqueda de su identidad, el adolescente tiene que confrontar tantos paradigmas sobre sus ideales, lo que desea y lo que obtiene, así como la conquista de su identidad, sin perder lo que aprendió durante la infancia; la conciencia que ahora ha formado, así como su capacidad de interacción da un nuevo significado, permitiendo su maduración.

El adolescente, debe primero comprender su autoconcepto, cómo se percibe a sí mismo. El proceso para dar respuesta a esas preguntas es complejo ya que se va a formar de manera gradual mucho menos drástico que los cambios físicos; sin embargo, será un constante vaivén de toma de decisiones que incluye posturas de ideología, costumbres, roles, relaciones sociales y familiares.

En esta etapa, Moreno Fernández (2015), menciona que el adolescente va a desarrollar su autoconcepto, es decir la percepción que va a tener de él mismo, ya para este momento se cuenta con una capacidad de introspección, el adolescente comienza a percibir que puede tomar el control de su actuar estando en distintos medios, lo que en esta edad se torna incoherente e incongruente con el fin de llegar a su propuesto yo ideal.

En el caso de la autoestima es la evaluación que tenemos de nosotros mismos, quienes somos y cómo actuamos de manera positiva o negativa (Moreno Fernández, 2015).

Desarrollo de la Identidad

Identidad según Martín & Navarro (2011), es un fenómeno psicológico complejo, la persona debe experimentar un sentimiento de integridad con la finalidad de que sus acciones y decisiones sean coherentes, la búsqueda de la identidad es el momento

clave en la formación de la personalidad, ya que es cuando los jóvenes deben encontrar su propia respuesta a la pregunta ¿Quién soy?.

La búsqueda de la identidad es una constante preocupación a lo largo de la vida, ya que es una integración de papeles, roles sociales, Erikson (en Dicaprio, 1992), el joven aún cuenta con pensamientos infantiles, aunque con necesidades de adulto, aún es dependiente; sin embargo, espera que se comporte en forma independiente; vive en constantes contradicciones de lo que se espera que haga, sienta y piense.

Los logros o metas a alcanzar son juzgados, el idealismo afecta en cierto sentido lo que los jóvenes tratan de alcanzar, ya que de no lograr el objetivo implicará un desajuste en su autoestima y por otra parte, los logros alcanzados van a llevarlo a ser aceptados en un grupo social, lo que llevará al adolescente a modificar su forma de vestir, de actuar y de interactuar.

Erikson (en Dicaprio, 1992), menciona ocho etapas en el ciclo de vida, cinco para cubrir los primeros 20 años de vida y tres que abarcan el resto de la vida; para él, estas ocho etapas, son resultado del principio epigenético; es decir la relación del individuo con su medio y sus cambios biológicos deben ser correspondientes para que el individuo se desarrolle normalmente.

Durante las ocho etapas, los problemas que presentan, son los mismos durante toda la vida; es decir cada niño pasa por las mismas etapas de crecimiento; pero el tiempo en que cumplen estas etapas varía. Cada aspecto de la personalidad, es producto de influencia cultural y desarrollo personal.

Erickson, distingue o divide las ocho etapas a su vez en 3 fases para poder enfrentar este dilema de la identidad; fase inmadura, fase crítica y fase de resolución de problemas, que ayudarán al niño a encontrar su estabilidad.

Las ocho etapas que menciona Erikson son:

1. Infancia: Confianza contra desconfianza (Esperanza)
2. Primer Infancia: Autonomía contra vergüenza y duda (Voluntad)

3. Edad de Juegos: Iniciativa contra culpa (Determinación)
4. Edad Escolar: Laboriosidad contra Inferioridad (Competencia)
5. Adolescencia: Identidad contra confusión de roles (Fidelidad)
6. Estado Adulto Temprano: Intimidad contra Aislamiento (Amor)
7. Estado Adulto Medio: Generatividad contra Estancamiento (Cuidado)
8. Estado Adulto Tardío: Integridad del ego contra desesperación (Sabiduría)

Para el presente trabajo nos adentraremos en la quinta etapa, en donde la búsqueda de la identidad adolescente juega un papel importante para el desarrollo posterior de su individualidad. Erikson, afirma que la búsqueda de la identidad es un preocupación frecuente a los largo de la vida, y es durante la adolescencia su punto crítico.

Para Erikson, la identidad refiere a una integración de papeles, el adolescente este en una transición de ser un niño en algunos aspectos, pero con necesidades adultas en otros, por lo que no sabe quien es en realidad (Erikson en Martín & Navarro, 2011). La formación el sentido de la identidad en el adolescente, puede verse afectada en relación al tema de los logros, ya que se vuelve muy autocrítico; el idealismo de los propios logros también pueden quedar cortos a comparación de sus expectativas.

Erikson (en Martín & Navarro, 2011) propone una categorización para la búsqueda de Identidad, que si bien no es necesario pasar por cada una, el adolescente en su búsqueda va a ir tomando ciertas acciones que lo llevarán al logro de su identidad.

Las categorías que se mencionan para la búsqueda de la identidad son las siguientes: Identidad difusa, identidad hipotecada, identidad en moratoria, identidad negativa, y el logro de la identidad.

- a) Identidad Difusa: Adolescentes con carencia de compromiso, mostrando apatía en la realización de objetivos, no finalizan los niveles de estudio, falta

de compromiso para encontrar un trabajo, carencias sociales, ni mantener una relación estable, es decir hay una carencia de identidad.

- b) Identidad Hipotecada: Adolescentes que aceptan un compromiso personal, estos adolescentes no pasan por un proceso de crisis de búsqueda, ya que todas sus creencias están basadas en lo sugerido por personas cercanas a ellos como su familia, padres o personas con mayor influencia en ellos.
- c) Identidad En moratoria: Adolescentes tienden a examinar las posibilidades tanto positivas como negativas haciendo que la toma de decisiones sea difícil, creando una crisis.
- d) Identidad Negativa: Adolescentes que muestran rechazo al proceso de crecimiento y de convertirse o llegar a la edad adulta, consideran inalcanzable esta forma de pensamiento y suelen ser rebeldes.
- e) Logro de Identidad: Se alcanza cuando el adolescente es capaz de llegar a compromisos duraderos; es decir es inevitable pasar por la anteriores fases, se mantienen los valores establecidos pero sin sentirse atados a tomar decisiones basados en ellos.

Erikson (en Dicaprio,1992) menciona que en los intentos por determinar la identidad, el adolescente experimenta una difusión de roles, los adolescentes juegan diferentes roles, buscando el que socialmente les acomoda, esto a manera de experimentar a base de ensayo y error como forma de adaptación. Es decir el adolescente hace una integración de papeles.

El adolescente se encuentra atrapado en ese “problema” de encontrar su identidad; siendo niño en algunos aspectos y la necesidad de ser adultos; ser dependiente aunque se espere que se comporte con independencia.

2.5 Características Sociales

La autonomía que se va desarrollando en esta etapa, así como las responsabilidades; comienzan a tomar mayor peso, el adolescente va a ir desvinculando su entorno familiar ya que va a ir poco a poco dando más lugar a las relaciones con sus iguales.

La capacidad para conseguir su autonomía, se adquiere a través de sus relaciones con los adultos, el adulto va a ir guiando su proceso cediendo las áreas en las cuales se cree estar listo para tomar una decisión; a lo largo del desarrollo el adolescente va perdiendo interés en pasar tiempo con la familia alejándose de ella y dando cabida a las relaciones con los pares.

Es en esta etapa en donde los conflictos con los padres comienzan y se van incrementando, en cuanto al desarrollo en la forma de pensamiento, desarrollo físico, lógica, los cambios sociales que conllevan a querer su independencia, búsqueda de identidad, el conflicto constante entre los cambios que los padres perciben en sus hijos y las expectativas no cumplidas del joven adulto.

Para los adolescentes todo está sujeto a cuestionamientos, y exigen una explicación lógica: los padres son espectadores de estos cambios, como el niño comúnmente dócil va a empezar a cuestionar su autoridad, sus normas y su forma de pensar los padres se vuelven más estrictos con las normas impuestas (Santrock, 2006).

El adulto espera que el adolescente se vuelva responsable, sin comprender que el proceso de esta etapa durará de 10 a 15 años. La relación con los padres mejora en la medida en que el adolescente comprenda y desarrolle su identidad, en la medida en la que el adulto identifique en esta etapa, reconozca los conflictos y aprendan a negociar en el entorno, la formación del adolescente será positiva.

Las relaciones entre padres e hijos se da ahora con cierta ambivalencia, los padres desean que sus hijos logren ser independientes. Sin embargo, les cuesta trabajo acostumbrarse a su independencia, las relaciones y vínculos ahora formados en esta etapa aunque parezcan alejados de la familia.

La cantidad de tiempo que ahora el adolescente pasa con sus iguales es más que la que pasa con su familia, (Papalia et al., 2010), no necesariamente por rechazo hacia el ámbito familiar, sino como proceso de desarrollo, el desapego y la búsqueda de su independencia.

Como es conocido durante esta etapa, aumenta la importancia de las amistades y la popularidad en un grupo, la independencia que muestra así como la autoafirmación, constituyendo una forma de desarrollar su autoconcepto.

La preocupación por el aspecto físico, es una constante que se acentúa en esta etapa y es cuando puede existir un factor del riesgo al no estar satisfecho con su cuerpo. Según Santrock (2006), las que más tienden a esta insatisfacción física son las mujeres, teniendo más aspectos negativos debido al estereotipo ideal.

Para el adolescente al formar vínculos con sus iguales, en ocasiones la influencia de estos no es de manera positiva; si el autoconcepto o la percepción de él mismo no es la correcta puede influir en el desarrollo de factores de riesgo que pongan en peligro, el desarrollo del adolescente

2.5.1 Factores de riesgo

- Embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual: Los adolescentes, poseen una gran cantidad de dudas en torno a su sexualidad, ¿Cómo mantener una relación?, ¿Cómo serán sus vidas después de haber experimentado esta situación?; y es entonces donde algunos adolescentes son vulnerables a confusiones sobre este tema, los medios de comunicación, las relaciones entre iguales, la poca o nula información sobre métodos anticonceptivos o enfermedades de transmisión sexual dan como resultado embarazos no deseados o el desarrollo de alguna enfermedad de transmisión sexual.

El inicio de una actividad sexual temprana, está relacionada con otros factores de riesgo como el consumo de alcohol y drogas (Santrock, 2006).

- Abuso de sustancias y tabaquismo: La curiosidad mostrada en esta etapa, lleva al adolescente inconscientemente a buscar situaciones de peligro, el consumo de sustancias que a su edad no están permitidas como: el alcohol, el tabaco y drogas.

- Deserción escolar: El proceso que lleva un niño en la transición a su adolescencia genera estrés, despiertan al hecho de tener responsabilidades que antes no tenía y su afán por encajar dentro de su círculo de amigos genera una alta carga emocional. El énfasis que ahora se tiene en los logros puede tomarse de forma negativa, hay diversos motivos por los cuales un adolescente puede abandonar sus estudios; esto dependerá mucho de las herramientas con las que cuente.
- Trastornos Alimenticios: la adolescencia es un momento crítico en el cual desarrollan imágenes individuales de su cuerpo en comparación al de los demás. El presentar ideas negativas sobre su cuerpo a esta edad, tienen mayor probabilidad de preocuparse por el peso en el futuro, así mismo las relaciones negativas con los padres genera inseguridad que puede desencadenarse en la implementación de una dieta, el esforzarse por pertenecer al estereotipo de mujer “exitosa” está relacionado con un trastorno alimenticio (Santrock, 2006).

Los cambios presentes en la adolescencia son muy significativos; siendo el punto de partida para desarrollar la confianza en si mismo, su valor propio. La creación la propia percepción a partir de lo que los demás piensan, con el fin de conseguir la aceptación social y es este punto donde se ponen énfasis para sobrellevar dicha etapa (Santrock, 2006).

CAPITULO 2

AUTOESTIMA

Para el adolescente, la percepción de sí mismo va tomando prioridad al momento de relacionarse con el mundo, la evaluación de lo que son, lo que proyectan, cómo los perciben quienes los rodean, el valor dado al concepto propio, dará como resultado la forma de comportarse ante la sociedad. A manera de introducción vamos a definir dos conceptos que son importantes para poder entender el concepto de autoestima.

1.1 Autoimagen y Autoconcepto

Durante los cambios anatómicos, físicos y psicológicos que se van presentando en la adolescencia, los que más afectan su autoafirmación, son los rasgos físicos, esto da lugar a una de sus primeras crisis; en donde la manera en la que se resuelva afectará su autoestima. Lo único que le preocupa en ese momento al adolescente es lo evidente y estos son los cambio morfológicos, la aceptación de ellos dependerá de como son valorados por la sociedad.(Bolinches, 2015).

Para (Bolinches, 2015) la autoimagen es, lo que una persona se gusta a sí misma, la seguridad personal del adolescente, está se basa mucho en la importancia de la imagen corporal, sin embargo debe trabajarse en el autoconcepto.

Siendo el autoconcepto, la idea que cada persona tiene de sí misma, englobando tres aspectos cognición, evaluación y afecto; es decir como se percibe, como se juzga y como se aprecia (Goñi, 2009).

Los factores ambientales influyen en el autoconcepto tales como: las experiencias del éxito y fracaso; las de éxito generan un sentimiento de eficacia y valía llevando a verse de forma positiva, reafirmando su capacidad de resolución de problemas, las de fracaso generan sentimientos de desvalorización; con lo anterior no quiere decir que con el éxito se tenga un autoconcepto positivo, ya que para ello dependerá de otros procesos evaluativos internos y externos. Estas evaluaciones, no son

decisivas para un autoconcepto positivo o negativo, ya que como indica Goñi (2009), esto depende de como la persona interprete y reaccione ante ellas.

Con lo anterior, se quiere decir que aunque la valoración recibida del medio sea importante para el desarrollo del autoconcepto, esta también depende de la subjetividad con la que cada uno interprete sus éxitos, fracasos e información que llegue de las situaciones que ocurran.

Para Goñi (2009) hay 4 tipos de autoconcepto

- Autoconcepto Académico: siendo ésta la representación que un alumno tiene de sí mismo, dotada de características, habilidades para afrontar el aprendizaje; es decir su capacidad de razonar una tarea académica. El rendimiento académico, es experimentado por el alumno como un índice de su propia valía.
- Autoconcepto Personal: siendo éste la idea que cada uno tiene de sí mismo en cuanto a ser individual, es decir englobando la parte afectivo-emocional (como se ve a sí mismo en cuanto a ajustes emocionales o regulación de las mismas); en cuanto a lo ético o moral; en su percepción de la autonomía (hasta que punto decide sobre su vida en función de su propio criterio y la autorrealización) como se ve cada persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida.
- Autoconcepto Social: siendo éste la percepción que cada quién tiene de sus habilidades sociales, es decir del comportamiento que se tiene en los diferentes contextos sociales.
- Autoconcepto Físico: siendo éste la percepción que se tiene de su aspecto físico, se ha visto que hay una relación entre un bajo autoconcepto físico y el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio.

Cuando se es adolescente siempre se está en descontento con la imagen que se proyecta, para el adolescente siempre es visible un “grano” en la cara, un desarrollo prematuro o tardío de alguna parte del cuerpo, juzga y es juzgado por cómo piensa, cómo viste, cómo se desenvuelve, da demasiada importancia a lo que los demás

crean de él, pertenecer a un grupo es estresante ya que aún no se han contestado las preguntas ¿Cómo soy?.

Las respuestas dadas a las preguntas que se generan durante la búsqueda de la identidad, va a depender de lo que el adolescente piensa de sí mismo, será el reflejo de lo que percibe internamente hasta ese momento. De todos los juicios a los que es objeto; el más importante es el juicio propio.

La autoestima en general, es una necesidad humana, es propia de la especie, tiene mucho que ver con el entorno (sociedad, cultura, amigos, familia, entorno laboral) y todo aquello que implique llegar a un logro, ya sea personal, laboral, educativo, económico, etc., que condiciona nuestra conducta (Gaja, 2006).

Psicológicamente es esencial para el ser humano su desarrollo emocional, ya que en la adolescencia es cuando la autoestima baja afecta su desempeño social, al no satisfacer sus necesidades planeadas; se genera a partir de ciertos fenómenos e implica el desarrollo de patrones en dónde la comparación es uno de los ejes principales (Gaja, 2006).

1.2 Definición de Autoestima

Coopersmith (1967, en Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, & Cortés, 1993) define la autoestima como el juicio personal de valor que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se va a transmitir a los demás, ya sea en opiniones o en acciones.

Para Branden (1995), la autoestima es la confianza en la capacidad que se tiene para enfrentar las adversidades de la vida; es decir, buscar la felicidad siendo respetables y dignos de alcanzar y gozar el fruto de los esfuerzos realizados para obtenerlos.

En otras palabras es confiar en la percepción de nuestros sentidos y ser consciente de que podemos ser merecedores de la felicidad. Con lo anterior podemos decir que la autoestima es proporcional al comportamiento adquirido; es decir, el nivel de

autoestima influye en la forma de actuar y la forma de actuar influye en nuestra autoestima.

El término autoestima para Cava & Masitu (2000), es el concepto que uno tiene de sí mismo según las cualidades provenientes de la experiencia individual; éstas pueden ser positivas o negativas. Es decir, la satisfacción personal de cada individuo con base en la eficacia de su funcionamiento y actitud de evaluación aprobatoria.

Gaja (2006), refiere que la autoestima es el nivel de autosatisfacción de una persona sobre su competencia y merecimiento cuando se enfrenta a circunstancias de la vida a lo largo del tiempo, la autoestima es vivida como un proceso la cual va a ser dinámica y abierta, logrando su estabilidad ideal en la edad adulta. Para el autor, la competencia se refiere a todo lo que la persona adquiere con base en su esfuerzo, los éxitos, hazañas, trabajos que se logran, así como los retos, pruebas y problemas que se pueden superar.

El merecimiento está vinculado con emitir un juicio; es decir, tiene que ver con los otros, con ser aceptado, ser aprobado o querido; en el caso de los adolescentes por sus iguales, personas significativas para ellos o el entorno que los rodea.

De igual manera factores como el aspecto físico, habilidades sociales, la simpatía y el estatus social, determinan el sentido de merecimiento (Gaja, 2006).

Para Sánchez (2012), la autoestima, es un sentimiento valorativo que la persona tiene de sí misma, es decir sentimiento de aceptación o aprecio que se tiene de sí mismo conforme a una evaluación individual.

Según Bolinches (2015), la autoestima es la medida en que la persona se quiere a sí misma; es decir la percepción que tiene de ser querida en función de cómo se ha sentido querido en la infancia. Lo anterior no es determinante ya que depende también de los refuerzos positivos o negativos que se reciban a lo largo de la vida.

1.3 Antecedentes

Los primeros en hablar sobre autoestima fueron los psicoanalistas, Freud 1856 (en Bernal, 2013) habla sobre un sentimiento de “amor propio” refiriéndose a un niño que descubre no poder tener una relación, ya sea con madre o con el padre.

El primero en definir la autoestima fue James, 1890 (en Bernal, 2013) quien menciona que la autoestima que se logra construir individualmente depende de lo que pretendemos ser y hacer; es decir en proporción de nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades para lo que hace una analogía: Autoestima= éxito /pretensiones.

Según James, las personas basan su autoestima en la medida en la que se comparan con los demás.

Cooley en 1902, fue el primero en desarrollar el self-reflejo, en esta teoría se desarrolla el autoconcepto debido al interaccionismo; es decir, los otros son un espejo social, en donde se ofrece la imagen que se provoca en los demás, se basa en tres premisas (Goñi, 2009).

- a) La idea de la apariencia propia ante los demás.
- b) La idea que cada persona se forma acerca de la valoración que los demás hacen de su apariencia.
- c) Los sentimientos que acompañan al self (orgullo o vergüenza).

Adler 1920 (en Bernal, 2013), aseguraba que todos desde el comienzo, tenemos un sentimiento de inferioridad al carecer de algunas características físicas y porque en general los adultos son más grandes.

Mead (1934), menciona que el self es una estructura que se desarrolla en la experiencia social, ver la imagen propia a través del punto de vista de los demás; el autoconcepto consta de los roles que las personas desempeñan (madre, padre, hija, hijo, hermana, hermano, novia, novio, etc.).

Para Rogers, 1961 (en Bernal, 2013), todo ser humano es digno de respeto hacia los demás y hacia sí mismo, centro su aportación a la terapia en la aceptación de sí mismo mediante el autorespeto y la autoaceptación.

Rosembergs (1965), denomina al fenómeno autoestima como una autoevaluación que da el valor para aprobar y desaprobar a la persona.

Coopersmith (1967), quien enfatizó el poder de los padres en el desarrollo de la autoestima ya, que cada individuo tiene una experiencia subjetiva de sí misma.

Bandura (1986) centra sus estudios en autoeficacia, habla de la percepción de la significación individual, lo que lleva a desarrollar conductas en función a lo que desea lograr.

Maslow (1991) menciona que para el hombre hay una necesidad de seguridad, pertenencia, autoestima, autorrealización explicando, que existe una jerarquía entre estas necesidades, siendo la autoestima una de las necesidades principales (en Bernal, 2013).

Para Branden (1995), la autoestima es amor propio a lo que le llama egocentrismo saludable que funge como una proyección de amor hacia los demás.

1.4 Características

La relaciones que tempranamente el adolescente forja con sus padres se conoce con el término apego y va a servir como parteaguas de la formación de la autoestima en la edad adulta. Otro de los fundamentos de la autoestima es la generación del ideal del yo, es decir lo que cada uno quiere llegar a ser (Polaino-Lorente, 2010).

La influencia que los padres pueden tener sobre la autoestima se da en los primeros años, ya que es el primer contexto social en el que se desarrolla, la valoración positiva y explícita de los logros y cualidades de cada adolescente, toma como base para la formación de una buena autoestima. (Sánchez, 2012).

Para Sánchez (2012), los padres deben ser los primeros en fomentar una buena autoestima a los hijos, esto generará confianza en sus capacidades individuales;

además de la apariencia física, la cual es importante que los padres fortalezcan la educación a los adolescentes, ya que cada persona cuenta con un desarrollo individual y por lo tanto progresivo.

La valoración positiva de la imagen física, es la dimensión de la autoestima que más se encuentra a juicio de los demás. Por los medios de comunicación y la cultura el adolescente va a percibir los estereotipos de belleza que “tendrá que cumplir” para su mejor aceptación; como parte del apoyo de la familia, es importante como se explica anteriormente, que los padres fortalezcan la individualidad y aceptación de cada forma de desarrollo (Sánchez, 2012).

La relación entre autoestima y percepción errónea de la imagen corporal, tiene que ver con las alteraciones de pensamiento que continuamente se generan en el adolescente, para Raich (2000), una pobre imagen corporal está asociada a una autoestima baja; como parte de su estudio realizado “tipos de quejas sobre la apariencia” entre 1993-1997. Una de las conclusiones desarrolladas menciona que un tercio de la autoestima se refiere a lo positivo o negativo que resulta para cada persona su autoimagen.

Así mismo refiere que para una persona es difícil apreciar cualidades, destrezas, inteligencia separado del aprecio del propio cuerpo.

Sobre una baja autoestima en el adolescente Mora & Raich (2006) mencionan que ellos tienden a buscar constantemente la aprobación en los demás, crean relaciones de dependencia con el medio pudiendo desencadenar alguna dependencia con la comida o el alcohol, tienen pensamientos y percepciones distorsionados y suelen generar sentimientos de autoinsatisfacción, autoodio y disgusto en su imagen en específico su cuerpo, este último como factor influyente en un desencadenante de trastorno alimentario o de imagen corporal.

Para Branden (1995), la autoestima consta de dos pilares fundamentales, uno es la eficacia personal y el otro es el respeto por uno mismo.

- Eficacia personal: es la confianza que presento en función a mi capacidad de comprender, entender, aprender, elegir y tomar decisiones; es decir creer y tener confianza en mí mismo.
- Respeto a sí mismo: es tener en cuenta mi valor propio, generando con esto el derecho a ser feliz, reafirmando mis pensamientos, deseos y necesidades; es decir que la alegría y la satisfacción son derechos naturales.

Para la buena formación de la autoestima es necesario sentirnos seguros con los atributos que la sociedad considera apropiados; la belleza e inteligencia así como el liderazgo comienzan a tomar papeles importantes, los cambios físicos que se sufren en la adolescencia toman fuerza como forma de autoafirmación.

El desarrollo de la autoestima es tener la convicción de poder vivir con dignidad y felicidad, lo que nos ayuda a enfrentar la vida con mayor confianza y optimismo, y a su vez a alcanzar nuestras metas; la autoestima es a nivel personal un pensamiento y sentimiento hacia sí mismo (Branden,1989).

Gaja (2006), refiere que el aumento o disminución de la autoestima será significativo dependiendo del éxito alcanzado, la exigencia que tengamos para una meta, un logro, influye en estos altibajos emocionales.

La autoestima para Cava & Masitu (2000), es multidimensional, según este planteamiento, todos generamos un concepto acerca de nosotros mismos, así como una valoración en los diferentes ámbitos o contextos en los que nos desenvolvemos. Por ejemplo un adolescente puede tener un buen concepto de sí mismo en el ámbito social pero no en el académico, a continuación explicaremos ambos tipos:

- Autoestima en el ámbito académico, es la relación entre autoconcepto y rendimiento escolar, para los adolescentes utilizan el éxito y el fracaso académico como índice de autovaloración; es decir los jóvenes con menor rendimiento académico, poseen un peor autoconcepto.

El éxito académico mejora la autoestima, ya que el adolescente se hace consciente de sus capacidades escolares, esta consciencia también proviene de la opinión que recibe por parte de los profesores.

→ Autoestima en el ámbito social, la relación del adolescente con sus iguales, formando grupos en donde el adolescente busca una similitud cognitiva social y emocional de las personas con las que se junta aunque en ocasiones no exista esta similitud.

Para Paz (2000), el concepto que el adolescente se hace de sí mismo, se forma a partir de la percepción de sí mismo en diferentes contextos, generando identidad y seguridad.

- Área escolar: se autoevalúa conforme a los estándares del estudiante ideal, hay comparaciones del rendimiento escolar con los iguales.
- Área social: se autoevalúa la capacidad de pertenecer a un grupo así como de aceptación en el mismo y el rol que desempeña en dicho grupo.
- Área familiar: se autoevalúa la integración en el círculo familiar, si se cumple con lo esperado dentro de la familia y su efectividad como integrante.
- Área de aspecto físico: se autoevalúa su apariencia y habilidades para las actividades físicas.
- Área moral-ético: se autoevalúa según las normas o reglas establecidas que aprendió (adecuadas e inadecuadas), para ser aceptado y vivir tranquilo en sociedad, así como el código moral o religioso sobre lo bueno y malo según sus creencias.

Las reglas morales comienzan a afectar la autoestima del adolescente, cuando se quiere cumplir las normas para no afectar su estancia en un grupo, “debo hacerlo”. Sin embargo es importante tener en cuenta que el sujeto de autoevalúa en diferentes áreas y que tenga una negativa en alguna de ellas, no basta para que se desarrolle de una baja autoestima (Paz, 2000).

Los iguales influyen en el desarrollo emocional del adolescente, Díaz- Aguado (1986 en Cava & Masitu, 2000) menciona que la influencia de los grupos de iguales en el adolescente, pueden ser un desencadenante de la alta o baja autoestima.

Los adolescentes al estar dentro de un grupo, pueden sentirse aceptados o rechazados, según el rol que jueguen dentro del mismo grupo, los que tienen un sentido de no aceptación, suelen presentar un autoconcepto negativo y solitario; al contrario de los que son bien adaptados, quienes suelen tener más recursos ya que para ellos es más sencillo afrontar el rechazo.

La principal razón según Polaino-Lorente (2010), por las cuales se puede perder la autoestima es por el nulo conocimiento de sí mismo, ya que para él, no conocerse es no generar estima hacia sí mismo. No todo lo que conocemos de nosotros es merecedor de ser estimado; como en todas las personas hay cosas en nuestra personalidad aceptables y otras no.

Si sólo se conocen rasgos negativos y ninguno positivo es factible que se pueda hablar de una estima frágil y puede ser subestimada; al contrario si sólo se conocen rasgos positivos y muy pocos negativos la personalidad puede ser sobrestimada o con una autoestima elevada.

Para Bolinches (2015), la autoestima tiene una base en la seguridad, se apoya en cuatro pilares: la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto y la competencia sexual, el aumento o disminución de estos pilares es en función de los refuerzos positivos o negativos que recibe y sus características son:

- Autoestima: lo que la persona se quiere a sí misma, depende de su percepción en la infancia, los refuerzos recibidos.
- Autoimagen: lo que una persona se gusta a sí misma, se establece en función de los patrones de belleza que determinan el atractivo físico según el modelo social
- Autoconcepto: lo que la persona se valora a sí misma, depende de las capacidades intelectuales, de carácter y de relaciones con los demás.
- Competencia sexual: lo que la persona confía en su función sexual

Para el adolescente no es claro lo que llegará a ser, la incertidumbre le causa estrés por lo que prefiere enfocarse en lo único evidente que le pasa a esa edad; los

cambios que sufre su cuerpo y cómo los aceptan en medida en la que sean esos cambios valorados por la sociedad, para ellos no es lo mismo ser un niño o una niña de complexión gruesa que vaya cambiando con la edad a un niño o niña delgado que posiblemente sea inseguro en su edad adulta (Bolinches, 2015).

No ser aceptados o rechazados por los padres o por sus propios compañeros en algunos casos causa su propia descalificación, al mismo tiempo que buscan un reconocimiento en los demás, lo que deja ver la debilidad de su estima; toman actitudes negativas, son irritables y se sienten desconcertados poniendo en duda las acciones realizadas.

Para el adolescente no es suficiente con ser reconocido, es importante para ello también que se les reconozca como autores de las acciones que llevan a cabo, de los méritos acumulados, esto enriquece su autoestima; sin embargo al mismo tiempo se sienten vulnerables de estos méritos ya que dependerán de este logro para ser reconocidos (Polaino, 2004).

Ser consciente del amor de los padres es uno de los factores que en el adolescente influye para una baja autoestima, ya sea porque el adolescente no percibe este amor como apoyo y que no hay dos hijos que perciban el amor de los padres de la misma forma. Para el autor, los sentimientos también ayudan a valorarnos y son directamente proporcionales a una autoestima alta o baja respectivamente (Polaino-Lorente, 2010).

1.5 Tipos de Autoestima.

Lo ideal es que todos contemos con un alto nivel de autoestima y junto con ello una alta sensación de ser merecedor de la felicidad, pero por desgracia, existen diferentes factores que influyen en formar una personalidad insegura o dudosa sobre sí mismo, lo que genera culpa y miedo, acompañada de una sensación de “lo que soy, no es suficiente” (Branden, 1989).

Una autoestima saludable, es la capacidad de responder activamente y positivamente a las oportunidades que se nos presentan tanto en ámbito laboral,

educativo, personal y social; dentro de las respuestas que se brindan al medio ante ciertas circunstancias, se desprenden los dos tipos de autoestima, la autoestima alta y la autoestima baja (tabla 2).

Tabla 2

Características de los tipos de Autoestima

<i>Autoestima Alta</i>	<i>Autoestima Baja</i>
Se relaciona con racionalidad, realismo, intuición, creatividad, independencia, y capacidad para aceptar cambios	Se relaciona con carácter irritable, rigidez, incapacidad de ver la realidad y miedo a lo desconocido
Busca siempre desafíos y estímulos Ambiciosos en plano emocional, económico, laboral son creativos	Busca seguridad de lo conocido falta de exigencia Aspiraciones bajas
Facilidad para expresarse, comunicación abierta, los pensamientos tienen valor	Dificultad para expresarse, comunicación opaca incertidumbre ante los pensamientos y sentimientos
No busca la aprobación Busca relaciones saludables	Siempre busca aprobación Buscan relaciones no saludables

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.

Con referencia a los niveles de autoestima Aladro (2012), menciona que se han encontrado las siguientes características:

- Cognoscitivas: opiniones y creencias de la conducta y personalidad.
- Socioafectivas: la valoración positiva o negativa que genera un sentimiento
- Conductuales: el actuar.

Con referencia a la baja autoestima, las formas de responder pueden ser extra polares: por una parte con retraimiento, precaución, sumiso y por otro lado, hostilidad y agresividad, ya que este tipo de personas son sensibles a la información negativa que reciban.

En relación con la autoestima alta o autoestima positiva las personas tienen ideas claras de sí mismas, así como independientes de la opinión de los demás, si se sobrepasa el nivel de autoconfianza, estas personas pueden ser poco prudentes, narcisistas, defensivos ante las críticas.

La autoestima media como la denomina Aladro (2012), asociada con características tanto de la autoestima alta como baja, se le considera como una posición adecuada y aceptable ya que es el punto medio de ambas.

1.6 Diagnóstico

Para poder evaluar si existe un déficit en la autoestima es importante poner atención en las respuestas habituales que emite el adolescente, para Paz (2000), se clasifican en:

- Respuestas observables como conductas a ciertos estímulos
- Respuestas internas, es decir a nivel cognitivo en forma de pensamientos positivos o negativos.

Asimismo cuando se planifique un proceso de intervención para tratar la autoestima, debemos revisar las áreas en las cuales el adolescente se autoevalúa y cuáles de ellas son en las que se presenta el déficit, así como los pensamientos negativos y conductas presentadas para afrontar el déficit (Paz, 2000).

Una evaluación del nivel de autoestima, debe hacer un análisis de la situación actual, descartar algún otro trastorno, realizar una buena historia clínica con el fin de conocer la aparición de la autoestima baja (Mora & Raich, 2006).

Para la historia psicológica deberá hacerse un análisis de:

- Autoestima Global: una valoración de la opinión general sobre sí mismo, en el sentido de si se considera merecedor de atención y respeto de las demás personas.
- Autoconcepto: ya sea en aspecto físico atractivo, capacidad, relación, personalidad, rendimiento en estudios o trabajos.
- Aspectos Cognitivos: emocionales y comportamentales, relacionados a la autoestima, expectativas, obligaciones, satisfacciones, perfeccionismos.
- Psicopatologías asociadas: depresión, fobia social, trastornos dismórficos y trastornos alimenticios.

Se inicia con una entrevista para establecer los datos históricos de autoestima, esto brindará al terapeuta un parteaguas para reconocer las creencias y reglas de vida, que da como resultado estados de ánimo negativos.

Posterior a la entrevista, se inicia con una serie de auto observaciones y autoregistros de pensamientos, que se perciban de manera inmediata; la situación en la que se presentó (momento, lugar, actividad y personas presentes); así como las emociones implicadas, ya que éstas pueden dar como resultado la creación de pensamientos automáticos distorsionados y autoevaluadores (Mora & Raich, 2006).

1.7 Técnicas para elevar la autoestima

La técnica más utilizadas para evaluar la autoestima es el autoinforme, el paciente lo emite sobre su propia conducta, en el se plasman conductas manifiestas, fisiológicas o conductas encubiertas, en este se pedirá al adolescente que se describa de forma escrita o verbal, esto ayudará mucho a complementar e informe ya que se obtiene información sobre su imagen (Paz, 2000).

Otra técnica mencionada por Paz

(2000), es la observación en la cual se tiene que se tiene que delimitar la conducta a observar, esta puede variar de observación natural o controlada, esta técnica permite evaluar las conductas relacionadas con la autoestima así como las interacciones sociales y en que ambiente se desarrollan (escuela, en la calle o en casa) el observador pueden ser, los padres, los profesores, los hermanos, algunos amigos esto ayuda al terapeuta a recoger información sobre aspecto sobre la conducta presente

Para Álvarez (2006), la autoestima cuenta con cinco pasos para poder lograr una autoestima saludable; conocimiento, comprensión, aceptación, respeto y amor hacia uno mismo.

1. Conocimiento: Referente a lo que pasa alrededor y dentro de la persona, se reconoce el sentimiento generado hacia las demás personas, hacia uno mismo, se conoce alrededor del mundo que se vive y poco a poco se van conociendo cualidades, habilidades y destrezas individuales.

2. Comprensión: Entender lo que significa lo que ocurre dentro y fuera de mí, en la medida en que entienda lo que pasa hay una mejor relación con el mundo.
3. Aceptación: De la condición y reconocimiento de lo que somos, tener la vida que tenemos, ser de la manera que somos; de esta aceptación depende la actitud que tomemos hacia nosotros mismos y al valor propio. Es decir admitir y reconocer cómo somos y comenzar a tomar decisiones sobre lo que queremos para el bienestar personal.
4. Respeto: Autorrespeto hacia uno mismo, mejora y solidifica una autoestima, expresar sentimientos y emociones sin daños ni sufrimientos.
5. Amor: a nosotros mismos, surgirá en medida en que los puntos anteriores se entiendan y lleven a cabo, tendremos una autoestima sólida, nos amamos en medida en la que sabemos cómo somos, es decir nos aceptamos y respetamos.

Como parte de las técnicas para mejorar la autoestima, en Psicología se conoce como: reestructuración cognitiva, utilizado ya sea en terapia individual o en grupos, sirve para reestructurar la forma de interpretar los pensamientos, para que estos no causen malestar emocional. Paz (2000) menciona que existen dos fases para esta reestructuración.

- Fase 1. Detectar los pensamientos negativos automáticos: aprender a identificar los pensamientos negativos o erróneos, por ejemplo los que se tienen en el caso de la imagen corporal.

Esta identificación de los pensamientos, cuando se lleva a terapia puede ser individual o grupal, explicando a cada grupo sobre los pensamientos erróneos, estos sirven para que los adolescentes sean conscientes que, estos pensamientos no son únicos en él. Se recomienda que los grupos sean formados con personas del mismo rango de edad

- Fase 2: Elaborar pensamientos alternativos: Una vez que se ha aprendido a identificar los pensamientos negativos automáticos y cuando aparecen, se pasa a enseñar al adolescente a sustituir ese pensamiento negativo por uno positivo o razonable.

Para poder llegar a un pensamiento positivo o razonables debemos poder contestar las siguientes preguntas, ¿dónde me encontraba cuando tuve el pensamiento negativo?, ¿con quién estaba?, ¿qué estaba haciendo? Paz (2000) propone los siguientes pasos:

1. El pensamiento que sustituya al pensamiento negativo debe ser enérgico tomando en cuenta estrategias como centrar la atención en otra situación, dirigir pensamientos que pueden contribuir a desviar ese pensamiento negativo o poner un alto, de manera que el adolescente se escuche.
2. El nuevo pensamiento no debe ser valorativo, que pueda causar asociación a estereotipos, se enseña al adolescente a dejar de usar descripciones como “inútil”, “cobarde”, “aburrido”, “feo”, “gordo”, siempre, todo, ninguno, etc. Y comenzar a utilizar la reflexión sobre sus pensamientos.
3. El pensamiento nuevo debe ser concreto.
4. El nuevo pensamiento debe ser lo suficientemente razonable para incluir aspectos positivos y negativos.

Por otro lado Caballo & Simón (2005), mencionan que este tipo de casos en donde implique la reestructuración cognitiva, el objetivo central es identificar las creencias y formas de pensamiento distorsionadas que mantienen el problema y resignificar, implementando modos de interpretar la realidad más objetivamente.

Es necesario que el paciente sea consciente de la importancia de realizar un análisis y con ello cambios en algunos de los pensamientos inmediatos que presenta, explicándole qué es la autoestima y los pensamientos irracionales que él genera.

Para ello, como mencionan Caballo & Simón (2005), no se le pide hagan de lado sus creencias, que como bien se sabe influyen de manera importante en la forma

de pensamiento; sin embargo, se da una breve explicación de cómo y de qué manera los pensamientos tienden a determinar cómo comportarse e influyen en el estado de ánimo.

Se pueden señalar algunas forma de pensamiento como las que a continuación se mencionan:

- Pensamiento Dicotómico: Consiste en una postura extremista, por ejemplo: “si como demasiado me pondré como una foca”; es decir, no identifican una postura real.
- Interpretación- Adivinación del pensamiento: Imagina lo que los demás piensan de él o ella y generalmente creen que ven o prestan su atención en sus defectos; por ejemplo, “todos están viendo mi cuerpo”.
- Visión catastrófica: exageran la forma de pensamiento, ejemplo: “si repruebo el examen no soportaré la vergüenza”
- Minimización de los logros: restan importancia a los logros y metas alcanzados para enfocarse en los aspectos negativos, por ejemplo: “de qué sirve pasar los exámenes si no tengo novia”
- Abstracción selectiva: elegir un aspecto y centrarse por completo en ellos, por ejemplo: “los pantalones me quedan estrechos debido a que desayuné demasiado”
- Pensamiento supersticioso: en relación causa efecto; “si dejo de comer podré reducir mi peso”.

Como primer paso para la modificación de las creencias erróneas se debe entrenar al paciente para identificar los pensamientos, para que de esta manera haga consciencia de la distorsión y estados de ánimo asociados (Caballo & Simón, 2005).

Como segundo paso, el terapeuta deberá hacer ver al paciente que los estados anímicos forman parte de una interpretación subjetiva de la realidad, con ellos llevarán un registro en forma de diario y se indicarán las situaciones donde sea recurrente este pensamiento.

Se planteará al paciente la necesidad de razonar de una manera más objetiva, el terapeuta se apoya del diálogo socrático, dando pie a que el adolescente cuestione su forma de pensar y realice sus propias conclusiones (Caballo & Simón, 2005).

Hay diferentes formas de terapia, según las cuales podemos lograr esta reestructuración como la terapia individual; en ella a lo largo de las sesiones el paciente va identificando los pensamientos negativos para discutirlos con el terapeuta. De igual manera el abordaje puede ser en terapia de grupos, en ésta los pacientes se relacionan con personas que presentan la misma problemática y observar la situación desde afuera, la representación de papeles en este tipo de terapia ayuda a poder conocer cómo el paciente afronta los pensamientos.

La reestructuración cognitivatrabajada en grupos, cuenta con una de las estrategias más utilizadas para pacientes con baja autoestima como lo es la representación de papeles una de las estrategias más utilizadas para identificar las falsas creencias y pensamientos irracionales ya que cuando se trata de observar a otra persona y analizarla los pacientes son más objetivos que cuando lo hacen para ellos mismo. Lo que lleva a que la discusión y crítica de sus pensamientos irracionales se convierta en un diálogo socrático (Caballo & Simón, 2005).

A manera de evaluar el progreso, Caballo & Simón (2005), recomiendan en el tratamiento, una pre y post evaluación para garantizar un aprendizaje; ellos recomiendan trabajar con asertividad, percepción de sí mismo, valoraciones negativas de sí mismos, crítica externa y como afrontarla y valoración de potencial.

CAPITULO 3

ANOREXIA

Existe en la actualidad, una preocupación excesiva por el cuidado del aspecto físico, en específico de la figura y con ello el seguimiento de dietas para lograr “un cuerpo delgado”. En la actualidad ser físicamente “atractivo o perfecto” se ha convertido en uno de los principales objetivos de la sociedad, es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto físico parece ser el único sinónimo de éxito, felicidad y de salud.

Carlson (2006), refiere que los seres humanos realizan varias comidas al día, el número y contenido de cada una de ellas depende de un conjunto diverso de factores tales como los ambientales (geográficos) y los sociales (ideología, religión, educación, nivel económico, etc.). Esto lleva en algunas ocasiones a controlar lo que comemos, llevando a una gran preocupación, en donde la vida personal gira en torno a la comida e incitando a las personas a la realización excesiva de ejercicio, dietas rigurosas, consumo de productos que ayuden al control de peso, etc.

El acto de comer ha ido dando pie, a una serie de rituales a los que cada persona le da un significado diferente, para unos puede significar la satisfacción del apetito, para otros el inicio de las relaciones familiares o de negocios, demostrar la pertenencia a un grupo; sin embargo, para otros tantos esto puede significar el fin de su vida social o la extremada preocupación en la hora de comida, desencadenando así un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), (Carlson, 2006).

Para definir los Trastornos de la conducta alimentaria (Serra, 2015) menciona que son aquellos que se caracterizan por un comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y una obsesión por el control de peso, se caracteriza por una serie de síntomas que derivan de una completa distorsión de la percepción del cuerpo relacionado con la comida y el peso.

Un TCA se presenta cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para su estatura, edad y ritmo de vida, las personas que padecen este tipo

de trastornos tienen una lucha constante por controlar sus actitudes y conductas hacia la comida; los TCA engloban un conjunto de distintos tipos de trastornos como anorexia y bulimia por mencionar los más conocidos. En el presente trabajo trataremos la anorexia como tema principal.

3.1 Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia, se han documentado casos sobre conductas restrictivas, al comienzo los registros entre los siglos XI al XVI, la restricción alimentaria se asociaba al ayuno que realizaban algunas religiones, como los cristianos, con la intención de estar en un estado espiritual más cercano a Dios (Morandé Lavín, Graell Berna, & Blanco Fernández, 2014).

En el siglo XI Avicena, registró la primera ocasión que se dio de un caso en el que la persona se negaba a comer siendo víctima de una inmensa melancolía. Las primeras referencias escritas en términos clínicos corresponden al siglo XVII; en esta época comenzaban a aparecer casos en donde se presentaba una importante inanición.

Ya en el siglo XVII surgen escritos donde se informa de manera detallada casos de inanición, pero esta vez provocada ya por el rechazo a los alimentos.

Para 1689 Morton, describe por primera vez el cuadro clínico de la anorexia nerviosa, sobre un caso en una paciente mujer, constatando la falta de apetito contra una gran energía para hacer ejercicio. La desnutrición se visualiza de manera importante debido a la restricción de alimento, la actividad física es intensa, se presenta amenorrea y carece de conciencia de la enfermedad.

Morton, al no encontrar signos físicos para justificar el cuadro restrictivo, lo asoció a depresión y preocupación excesiva, lo que indicó para él un cuadro nervioso; los dos siglos posteriores y con mayor frecuencia se reportaban casos de restricción del alimento lo que se catalogó como atrofia nerviosa.

Gull y Leségue para 1873, de Londres y París respectivamente, realizaron descripciones completas de cuadros anoréxicos, para ambos, la histeria era la causa del trastorno. Gull, reconoció el papel psicológico en las causas del trastorno,

puso énfasis en la historia familiar, la negación de la enfermedad, mentiras, engaños y manipulación del paciente.

El concepto de anorexia nerviosa se va determinando en la segunda mitad del siglo XIX, este concepto intenta explicar desde una etiología psicológica y a inicios del siglo XX Simmonds comienza a dar importancia a diferentes causas del trastorno (Chinchilla Moreno, 2003).

Alrededor de los años veinte, comenzó a establecerse en los círculos femeninos de la burguesía de Europa, la preferencia por un cuerpo delgado, aparecían por esta época las primeras revistas de moda en donde las figuras femeninas, comenzaban a verse delgadas, y por tanto las mujeres comenzaban a practicar algún tipo de ejercicio y realizar dietas restrictivas (Toro, 2004).

Entre los inicios del siglo XX y hasta 1940 no se observó que los pacientes tuvieran alguna preocupación especial por el exceso de peso, fue hasta alrededor de los años cincuenta cuando se empezó a poner atención a un cuerpo delgado; esto llegó a ser una de las obsesiones y preocupaciones de las personas anoréxicas, los medios de comunicación del momento comenzaban a tener impacto en la forma de ver el mundo de las personas, (Rojo & Cava, 2003).

Ya adentrados al siglo XX, comenzaron a aparecer hipótesis psicológicas protagonizadas por el movimiento psicoanalítico, el cual consideraba como causa una neurosis por la pérdida de la libido.

En la actualidad se han hecho más investigaciones en el ámbito psicológico, sobre la anorexia, en donde ya se tiene presente que las causas de este trastorno son en un ámbito psicológico, biológico y social (Morandé Lavín, Graell Berna, & Blanco Fernández, 2014).

3.2 Definición

La palabra anorexia proviene del griego *orexia*, que significa pérdida de apetito, según esta definición del trastorno tiene su origen en la inapetencia; sin embargo,

una persona que presenta anorexia sí tiene hambre pero su distorsión de la imagen corporal así como temor al incremento de peso, lo llevan a no comer (Serra, 2015).

La Asociación Americana de Psicología a cargo del DSM-V (2013), cataloga a la anorexia como trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos; es decir, falta de interés aparente por comer o alimentarse, preocupación excesiva acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer.

La anorexia se caracteriza por una reducción en la ingesta de alimentos, esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer motivada por una preocupación excesiva por no subir de peso.

Para quienes presentan anorexia, el pensamiento recurrente es cómo comer y cómo dejar de comer, y están obsesionados por su imagen (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva CNEGRS, 2004).

La preocupación obsesiva por la comida, el control de peso y el deseo por adelgazar, llevan a estas personas a utilizar una gran variedad de comportamientos para conseguir su objetivo, uno de ellos es utilizar excusas con el fin de evitar la hora de comida tales como “ya comí”, “he decidido ponerme a dieta”, “soy alérgico a este tipo de comida” suelen aislarse en reuniones o no acuden a eventos donde se debe comer y utilizan como forma de perder peso el ejercicio extremo (Abraham & Llewelyn-Jones, 2005).

Halgin & Krauss Whitbourne, (2009) refieren que existen cuatro síntomas que caracterizan a las personas que padecen de anorexia:

1. Se niegan o son incapaces de mantener un peso adecuado a su estatura, y características corporales.
2. Se alberga un temor intenso a subir de peso, aún cuando estén por debajo del peso adecuado
3. Tienen una percepción distorsionada del peso, la forma de su cuerpo
4. En el caso de las mujeres, se presenta amenorrea, que es la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos

Los TCA se presenta frecuentemente en la adolescencia; si el trastorno llega a desencadenarse en edades mayores, puede ser un indicador que en la adolescencia se presentó sintomatología de riesgo, debido a la preocupación constante por el ideal corporal; la aparición ha ido presentándose en edades más tempranas según CNEGSR (2004).

3.3 Epidemiología

De acuerdo con la Secretaría de Salud SEDESA, (2017); los padecimientos mentales se han convertido en un problema de salud pública, dentro de los cuales se desprenden los trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia; éstas influyen en jóvenes de 12 a 17 años. Datos brindados por dicha Institución muestran un que 10% de los casos de jóvenes varones con anorexia y tienden al suicidio.

El Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), en 2017 menciona que las edades más vulnerables para presentar anorexia son entre los 15 y 19 años, siendo esta la edad crítica de la adolescencia, lo que puede llevar a tomar acciones impulsivas que no lo hacen ser consciente de las consecuencias de ciertas acciones, como dejar de alimentarse, baja tolerancia a la frustración así como la distorsión de su propio cuerpo.

Los datos del Instituto Nacional de Psiquiatría, de los años 2012 al 2015 reflejan que los TCA han sido la principal causa de atención por el ámbito de la salud (INP, 2017).

Este tipo de padecimientos se presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque como bien sabemos la cantidad de casos presentados en mujeres es mucho mayor a los casos presentados por hombres, estos han ido en aumento en los últimos años (CNEGSR, 2004).

Desde hace 10 años la relación de este padecimiento era un caso de anorexia en varones contra diez en mujeres (Parral,2007).

De acuerdo con Gómez-Peresmitre (2013), el deseo de una figura ideal delgada en varones, está asociada a una orientación sexual homosexual y de igual manera a hacer uso de conductas compensatorias como ejercicio físico excesivo.

Por otro lado la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT, 2016) arroja que el 7% de los hombres y 26% de las mujeres presentaba preocupación excesiva por engordar y el 2.5 de ambos sexos realizaba ejercicio excesivo.

De acuerdo con Gómez-Peresmitré (2013), el conocimiento de este padecimiento en varones tiene muchas carencias teóricas y son escasos los estudios sobre el tema ya que como se indico anteriormente el padecimiento se ve con mayor frecuencia desarrollado en mujeres.

3.5 Diagnóstico

Como parte del diagnóstico, debemos como primer fase, realizar una serie de entrevistas para indagar en el problema inicial.

Es importante validar en la entrevista inicial si existe algún otro factor complementario al estado del trastorno, como depresión, ansiedad, conflictos familiares o de pareja que puedan influir en el trastorno.

Es de igual importancia mencionar, que en muchos casos las características obsesivo-compulsivas relacionadas a la comida, las personas suelen presentar temor a comer en público, sensación de ineficacia, necesidad de controlar el ambiente, perfeccionismo y expresión emocional restringida. (Caballo & Simón, 2005).

Para el diagnóstico se toman en consideración los siguientes puntos de acuerdo con el DSM-5: (2013) para un trastorno alimentario o de ingesta de alimentos por evitación o restricción:

1. Pérdida de peso significativo (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
2. Deficiencia nutritiva significativa

3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral

4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa y no hay pruebas de un trastorno en la forma en la que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica ocurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.

En el caso de la anorexia nerviosa los criterios a tomar en cuenta son:

A. La restricción de la ingesta energética, con relación a las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo, con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso, o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso y constitución corporal, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Se categoriza en dos subtipos:

Tipos restrictivos: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o edemas) dieta, ayuno o ejercicio excesivo.

Tipo con atracones y purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o edemas)

De igual manera es importante mencionar que para un buen diagnóstico psicológico del trastorno, la entrevista clínica es de suma importancia, así como evaluación de situaciones de riesgo e indagar sobre los factores desencadenantes (CNEGSR, 2004).

En la entrevista clínica se va a recabar la mayor cantidad de información necesaria para conocer o indagar sobre la personalidad de estos pacientes, el rechazo al sobrepeso y así cómo el ideal social de la persona en la adolescencia, el paciente los asocia a bienestar y éxito.

De acuerdo con Caballo & Simón (2005), en la historia clínica se puede identificar:

- Cuándo y cómo surgió el padecimiento,
- Valoración del peso actual
- Hábitos alimenticios
- Métodos usados para la pérdida de peso
- Relaciones familiares, escolares y laborales
- Existencia de rituales alimenticios (incluidos alimentos que no consuman).
- Grado de consciencia de la enfermedad
- Alteraciones de pensamientos (distorsión cognitiva)
- Alteraciones del estado de ánimo.

En las entrevistas de valoración, debemos poner atención en qué factores sociales que influyen en el origen del trastorno como practicar en algún deporte, influencia de algún sector social, actitudes familiares (Gardo-Camba, 2002).

Debemos prestar atención en las actitudes observadas de este tipo de pacientes: algún tipo de depresión, disfunciones familiares, actitudes y conceptos erróneos de la imagen corporal, y cierto grado de perfeccionismo. Se debe tomar en cuenta la historia clínica del paciente tanto individual como familiar.

Se pueden apoyar para la valoración del trastorno con instrumentos, la entrevista inicial, historia clínica, así como el diagnóstico de DSM-V.

Algunas de las instrumentos son:

1. Test de la Figura Humana

Autor: Karen Machover basado en Elizabeth Koppitz

Año de publicación: 1971 (con ediciones en años posteriores)

Administración: individual y colectiva

Duración: variable a más o menos 20 minutos

Población: niños, adolescentes y adultos.

Materiales: Manual, hoja de papel blanco sin rayas, un lápiz con goma de borrar.

Objetivo: Evaluación tanto imagen corporal y conflictos de personalidad o algún tipo de patología. Evaluación de las funciones del ego.

Área: Clínica, educativa, organizacional.

Categoría: Prueba proyectiva de personalidad.

2. Eating Attitudes Test (EAT) en español: Cuestionario de actitudes hacia la comida

Autores: Garner y Garfinkel

Año de publicación: Se realizó una validez con población masculina mexicana, 40 ítems (2004).

Adaptación al español: Catros, Toro, Salamero y Guimera

Administración: Cuestionario

Población: adolescentes

Materiales: instrumento y lápiz

Objetivos: Detectar personas en riesgo de sufrir algún trastorno alimenticio, evalúa miedo a engordar, motivación a la delgadez y patrones alimenticios restrictivos.

3. Escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA)

Autor: Gómez-Peresmitré, Gilda

Año de publicación: 2001

Versión: 56 reactivos para hombres y 54 para mujeres mismos que se agrupan en factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

Tipo de instrumento: Cuestionario

Población: Adolescentes y adultos

Objetivo: Detección de factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.

3.6 Factores de Riesgo

Es todo estímulo, conducta y características personales del entorno que afectan en el estado de salud y lo vuelven vulnerable e incrementan la posibilidad de enfermedad (Mancilla Díaz & Gómez -Peresmitré, 2006).

Existen algunos factores predisponentes para desarrollar anorexia, tales como la edad, generalmente jóvenes, introvertidos, familiares con algún trastorno afectivo o de ingesta, roles de belleza arraigados, son los factores de riesgo (Serra, 2015).

Para (Rojo Moreno & Cava, 2003) los factores de riesgo se van a dividir en cinco:

1. Sexo: anteriormente este trastorno era en su gran mayoría superior en mujeres que en hombres; sin embargo actualmente podemos decir que hay un incremento en la incidencia en hombres.

2. Edad: Se puede iniciar de los 14 a los 18 años de edad.
3. Nivel socioeconómico: Indica que se presenta con mayor frecuencia en clase media y alta.
4. Estrés: altos niveles de estresores en su vida cotidiana, ya sea personales (incomodidad con su cuerpo, autoestima, imagen corporal), familiares, laborales y sociales.
5. Dieta: en estudios realizados, pacientes que comienzan a presentar preocupación por la comida se someten a dietas y con ello da inicio la restricción.

Las actitudes que el adolescente tome como hábitos alimenticios, son conducidas por la ejemplificación de sus padres o como menciona Toro, (2004) son muy influidos por los estilos de alimentación de ellos.

Las madres con un TCA, sufren de ansiedad por el peso de sus hijos, lo que convierte esta conducta en un factor de riesgo familiar; de igual manera los padres que generan un control activo por el peso de sus hijos tanto en mujeres como hombres lo que los orilla a dietas restrictivas.

Así mismo la desaprobación y críticas relacionadas con el peso, da pie a poder desencadenar algún tipo de TCA en la adolescencia. Un estudio realizado por Levine et, al. (1994, en Toro 2004) menciona que el 16% de los varones habían sufrido “bromas” por parte de su familia a causa del peso o de su imagen corporal y se asociaban a insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos y en casos extremos a pensamientos suicidas.

Los cambios fisiológicos que se presentan en la adolescencia, repercuten a nivel psicológico, algunas partes de su cuerpo comienzan a tomar formas más adultas, con más volumen. La carga emocional del adolescente varía, lo que lo lleva a un alejamiento; el entorno social pasa a tomar más importancia y con ellos la aprobación de un grupo.

Los gustos, la manera de comportarse, vestir, van influyendo en el adolescente, hay una tendencia a compararse, aspecto físico, talla, forma de comer, lo que puede influir, para el desarrollo de la anorexia.

Una autoestima baja, es un factor de riesgo para presentar algún TCA, su mayor auge es en la adolescencia, una pobre opinión de uno mismo, aumenta el grado de perfeccionismo del adolescente, lo que lo lleva a controlar de manera habitual lo que come y de esa manera “mejorar su imagen corporal” (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Como refiere Toro (2004), en algunos estudios menciona que un factor de riesgo en varones para presentar anorexia es la homosexualidad, ya que estos sufren una mayor incidencia en problemas con su imagen corporal, lo que los lleva a conductas restrictivas y purgativas, así mismo su constante búsqueda de identidad y aceptación en la comunidad gay.

De igual manera, se presentan síntomas depresivos, baja autoestima y menos satisfacción con su imagen corporal; en estudios realizados, la comparación de su propio cuerpo de un varón homosexual con otro es habitual, lo que conlleva al propio rechazo de su apariencia (Toro, 2004).

Durante la adolescencia, los varones que presentan cuadros de anorexia comparten algunas características de personalidad con las mujeres como tener excelente rendimiento escolar, perfeccionistas y en algunos tienen exceso de energía para realizar actividades físicas; para Parral (2007), los indicadores sobre este trastorno para los varones son:

- La mayoría de los hombres admiten sentir hambre y deseo de comer, en este sentido se tienen periodos de restricción, seguidos de atracones y vómitos autoprovocados (anorexia purgativa).
- Conflictos claros con su identidad sexual
- Inhibición de las conductas agresivas propias de los adolescentes varones.
- Situaciones de duelo no elaboradas

- Conflicto en la relación con el padre y apego excesivo con la madre, observándose actitudes de desvalorización hacia la figura paterna.

3.7 Causas.

Serra (2015), menciona que el desarrollo de la anorexia depende principalmente de 3 factores desencadenantes:

- ✓ Factores personales como baja autoestima, altos niveles de perfeccionismo, miedo a madurar.
- ✓ Factores familiares frecuentes conflictos familiares, exigencias de los padres.
- ✓ Factores sociales, modelos sociales, influencia de la publicidad, moda.

Para (Toro, 2004) existen diferentes factores desencadenantes de anorexia, como:

- Factores genéticos: varios estudios genealógicos actuales se indica que, en las familias de pacientes anoréxicos pueden ser propensos a algún tipo de TCA.

Algunos estudios realizados en varones anoréxicos indican que así como en mujeres la transmisión genética es la misma que en hombres, por lo que el riesgo de presentar anorexia es según este estudio, 20.3 mayor que en el de familiares sin anorexia.

Todos los familiares afectados son mujeres, sin importar que el afectado principal sea varón, en el caso de las mujeres emparentadas con varones anoréxicos, presentan una tasa mayor a la de varones emparentados a mujeres anoréxicas.

Toro, (2004) indica que en estudios con gemelos monocigóticos existe un factor asociado a la anorexia, la heredabilidad es de un 70%.

No se puede descartar; la transmisión de conductas de riesgo, restricción, actividad física intensa, engaños, de hecho la preocupación por la comida, la preocupación e

insatisfacción por el cuerpo y el peso han demostrado según estudio una heredabilidad que va del 32 al 72% Klump *et al.*(2000, en Toro 2004).

-Factores familiares: A partir de la década de los setentas, se va indagando sobre el modelo familiar en relación con la anorexia, este modelo negativo, en este tipo de modelo, las madres son dominantes, intrusas pero inaccesibles emocionalmente, los padres son personas distantes y débiles de carácter adoptando el papel secundario en la familia Bliss y Branch (1960, en Toro 2004).

Otro modelo que implicaba como causa de un TCA es el que Minuchin divulgó en 1978, llamado familia psicósomática; este tipo de familias es de anoréxicos, sus roles familiares no están delimitados, hay sobreprotección, rigidez, lo que lleva a no resolver los conflictos y evitar enfrentarlos.

En algunos estudios realizados desde los años ochenta, describen conflictos conyugales importantes entre los padres, mayormente en familiares de personas con anorexia. Para los años noventa, se observó en las familias que aunado a las investigaciones previas, otro factor que repercute es el fallecimiento de un familiar querido o que alguno de los padres esté formalizando su relación con una nueva pareja.

Un estudio en 1993 de Pierce y Wardle (en Toro, 2004) que se realizó en niños y niñas de entre 9-11 años se encontró que la opinión de los padres acerca del volumen corporal de sus hijos era factor para repercutir en su autoestima; se presentaba más baja en quienes se consideraban gordos, al contrario de los que eran juzgados por un peso correcto.

Como menciona Toro (2004), uno de los modelos que debería tener mayor importancia para el tratamiento es la dinámica familiar actual una vez que esta identificado el trastorno, es decir, cuando el trastorno ya esta establecido, desarrollado y diagnosticado, debe ponerse atención a la dinámica familiar anterior al trastorno; cuando esta aun no es aun modificada por el mismo.

Por otro lado, determinadas experiencias traumáticas, sufridas en el ámbito familiar, pueden predisponer o desencadenar la aparición de anorexia.

-Imagen corporal: definiendo ésta como el retrato de nuestro propio cuerpo y como lo visualizamos.

Cuando existe un malestar producido por como me percibo, estamos hablando de una distorsión en la imagen corporal, esta según Toro, (2004) podría ser el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar, que posteriormente desencadenan un TCA, también llamado insatisfacción corporal, lo cual es una consecuencia de el cuerpo percibido y el cuerpo ideal.

Los problemas relacionados con la imagen corporal negativa, son ampliamente relacionadas con los TAC, en un trastorno de la conducta alimentaria los halagos y felicitaciones, que las personas hacen por la pérdida de peso hacen que la persona que padece el trastorno internalice el cuerpo ideal, y concluya que su cuerpo debe ser el ideal a alcanzar (Mancilla Díaz & Gómez -Peresmitré, 2006).

De acuerdo con (Michael Cohen 1997 en Gómez-Peresmitré 2013) menciona que la búsqueda de la delgadez equivale a la búsqueda de un cuerpo esbelto, tonificado y sin grasa, esta búsqueda se dio cuando el tener un cuerpo atlético y masculino, se volvió importante para desarrollar una apariencia masculina y tonificada.

La insatisfacción corporal suele asociarse a síntomas y trastornos depresivos, baja autoestima en la adolescencia, las transformaciones corporales obligan al joven a prestar más atención en ciertas partes de su cuerpo en donde antes no lo hacía, contemplarse en el espejo y la preocupación por su aspecto toman mayor importancia.

En los países de occidente, han experimentado una inclinación sobre la imagen corporal delgada, este cuerpo delgado es el que él adolescente interioriza y toma como suyo ese modelo de cuerpo, entre menos alcance ese ideal más se va a preocupar por su cuerpo. Cuando se produce la visión del propio cuerpo menciona Toro, (2004) se genera ansiedad, ya sea en menor o mayor medida esta va a ser de acuerdo con el grado de discrepancia entre la imagen corporal y el modelo ideal y su autoestima va a depender del grado en el que alcance ese ideal.

-Factores sociales: La influencia de la sociedad en relación a la apariencia física, indica que la delgadez es sinónimo de belleza y éxito social, esta misma se encarga de fomentar valores estéticos. Estos modelos y valores, pasan de muchas maneras inadvertidos al impacto que repercute en los jóvenes.

El modelo de masculinidad ha estado relacionado con poder, autonomía, racionalidad, fuerza y dominio; todo lo contrario de la feminidad a la cual la sumisión, la abnegación, dependencia y expresividad son su modelo a seguir. En nuestra cultura, los estereotipos sobre el hombre están ligados a las actividades de tipo productivo, se le enseña al hombre que músculo es igual a fuerza y esto es lo mismo que virilidad. De acuerdo con (Gómez-Peresmitre, 2013) un hombre con un cuerpo fornido y sin grasa se le percibe y se le atribuyen gran variedad de valores sociales.

Los medios de comunicación; juegan un papel importante en la difusión del modelo corporal delgado; la televisión, el cine, las revistas, la prensa, la radio, carteles, espectaculares, el propio internet, constituyen vías para hacer llegar el mensaje de que un cuerpo delgado es ideal y cómo hacer para lograrlo (Toro, 2004).

Una gran parte de la población expuesta a los medios de comunicación, son los adolescentes, en especial al uso de internet; en estudios recientes, se han encontrado más de 500 espacios web destinados a difundir la anorexia (Chesley *et al*, 2003 en Toro, 2004).

3.8 Tratamiento

Posterior a la evaluación mediante las herramientas psicológicas utilizadas para emitir un diagnóstico, el terapeuta evalúa la gravedad del trastorno y los riesgos que el adolescente pueda presentar.

La intervención debe iniciarse de manera inmediata y ser lo suficientemente intensiva para poder dar avance en la mejoría, organizar la intervención en sesiones consecutivas y la frecuencia, pudiendo ser una intervención intensiva o no intensiva, dependiendo de la forma clínica del trastorno (Morandé Lavín, Graell Berna, & Blanco Fernández, 2014).

Halgin & Krauss Whitbourne, (2009) refieren que la intervención en TCA debe ser multidisciplinaria; es decir médicos, psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y trabajadores sociales. En la parte psicológica, la psicoterapia, la terapia cognitivo conductual apoyan con el acompañamiento del paciente o el desarrollo de sus emociones.

Para poder tener una buena terapia, es importante tener definido el problema, contar con una evaluación amplia con su historia clínica, historiales médicos, físicos y psicológicos. (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Tener en cuenta que el apoyo médico es de suma importancia para un reporte completo de signos vitales, grado de deshidratación, cambios en la piel que en muchas ocasiones se recubre de laguno, peso del paciente; es decir un examen físico.

En la parte nutricional, se destaca la historia dietética, la cual engloba el conocimiento de hábitos alimenticios y dietas, hábitos alimenticios dentro de la familia, qué tipo de alimentos son frecuentes en el consumo familiar y cuales son los que no consumen, calcular la necesidad nutricional del paciente así como determinar su alimentación además de los mitos y creencias sobre los alimentos. (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Como parte del tratamiento se trata de completar una dieta seleccionada específicamente a cada paciente, teniendo una expectativa de la ganancia de peso por determinado tiempo, de no poder implementar dieta oral se recurre a la alimentación enteral para lo que se necesita una educación nutricional tanto al paciente como a la familia.

En casos severos del padecimiento se debe recurrir al área psiquiátrica con el fin de valorar el tratamiento farmacológico para cada caso son:

- Antidepresivos
- Inhibidores de recaptación de serotonina: para mejoría de síntomas ansiosos depresivos y ganancia de peso

- Ciporheptadina: asociado a la ganancia de peso
- Litio: asociado a la ganancia de peso
- Tetrahidrocanabinol: estimulación del apetito
- Clorpromacina: estimulante del apetito, y disminución a la fobia presente hacia la comida
- Olanzapina: asociado a la ganancia de peso y disminución a la resistencia con los medicamentos
- Risperidona: disminución de ansiedad y pensamientos negativos hacia la comida y el peso.

Tratamiento psicológico

Existen diferentes enfoques empleados para un tratamiento psicológico, como el psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico o familiar.

Los objetivos que tenemos que tener claros en la terapia son; que el tratamiento estará dirigido a normalizar las alteraciones biológicas, enfocándose al estado nutricional y el patrón alimenticio, tratar las alteraciones psicológicas como cogniciones negativas, alteraciones en la imagen corporal y autoestima, dificultad con las relaciones interpersonales y afrontamiento del estrés. Existen varias formas de terapia para tratar el padecimiento, como:

Terapia cognitivo conductual.

El psicólogo enseña al paciente la técnica de autovigilancia, la importancia de comprender el problema, pautas de una buena alimentación así como técnicas para generar hábitos alimenticios saludables; el cliente aprende a generar técnicas de control personal, técnicas de resolución de conflictos y reestructuración cognitiva (Morandé Lavín, Graell Berna, & Blanco Fernández, 2014).

Se realiza un análisis conductual a lo largo de las sesiones, para conocer el problema real y los factores que fomentaron la causa; para Fernández y Turón (1998 en Rojo Moreno & Cava, 2003) las sesiones iniciales se comprenden de fases:

- Fase 1 comprende una psicoeducación nutricional, análisis de la conducta de restricción, purga y hábitos alimenticios.
- Fases 2 y 3 abarcan el proceso cognitivo y conductual.
- Fase última factores de riesgo y prevención de recaídas.

Durante la valoración de la primer fase, la motivación del paciente así como de su red de apoyo es fundamental para apoyar a reducir el problema alimenticio, aspectos como la frecuencia, duración y conductas compensatorias deberán ser analizadas en las primeras sesiones.

La segunda fase deberá contar con un diagnóstico diferencial, identificar si existen algunos otros factores como depresión, conflictos familiares o de pareja.

Tener en cuenta una descripción minuciosa del paciente, número de familiares, ámbito laboral, grado de socialización, con lo que se esclarecen los objetivos del tratamiento. Se realiza un plan de psicoeducación sobre la problemática alimentaria, la importancia de contar con buenos hábitos alimenticios que lleven al paciente a recuperar peso y determinar los factores que pudieran mantener el trastorno, se apoyará de pautas conductuales concretas dirigidas a adquirir responsabilidades encaminadas a romper ciclos viciosos con la comida; de esta manera se confrontará al paciente con los objetivos y deseos de cambio, haciéndolo consciente del estado negativo actual de su condición (Rojo & Cava, 2003).

En el caso de la recuperación de peso, se utilizará un proceso de modificación de conducta, siendo ésta fase la número tres y cuatro del tratamiento.

La terapia cognitivo conductual, debe estar basada en la integración de la cognición, motivación y emoción, los mecanismos de afrontamiento para las conductas desarrolladas en la anorexia, son parte de las emociones, dependientes tanto de la cognición como la motivación.

El objetivo de la terapia es fomentar la eficacia personal y autoreflexión, de esta manera reflejar el cambio. La duración de esta terapia según Connan y Tanner (en Rojo Moreno & Cava, 2003) debe ser de entre 6 a 24 sesiones; dependiendo del grado de alteración en la personalidad del paciente es el número de sesiones.

Los procesos de un cambio de conducta son: reformulación de los patrones interpersonales y comportamientos problema; es decir el comportamiento detectado como factor de la conducta no deseada, reconocer estos patrones y revisión de los mismos.

Reformulación: es un proceso mediante el cual el paciente y el terapeuta colaboran para comprender el desarrollo del trastorno así como los orígenes. Durante las sesiones se invita al paciente a identificar patrones, sentimientos y pensamientos que contribuyen a verificar cuales de ellos hacen que se mantenga el problema.

Los pacientes con problemas de anorexia nerviosa, son generalmente ambivalentes frente a los cambios, lo que hace que no identifiquen algún problema con su peso y comportamiento negativo frente a su alimentación para poder lograr ante ellos la aceptación sobre la falta de peso es necesario llegar a una negociación y fomentar la motivación. (Connan y Tanner en Rojo Moreno & Cava, 2003)

Una vez que queda delimitado el problema por el paciente y el terapeuta, se realiza una descripción de los posibles factores que influyeron en el pasado y presente del paciente, se describen las primeras relaciones especialmente en la que el paciente se sienta vinculado. Los patrones de relaciones en donde el sobrecontrol, la condicionalidad, la privación emocional y el abandono se encuentran comúnmente en pacientes con anorexia.

En las sesiones siguientes, el terapeuta y el paciente desarrollan un diagrama de roles, para llevar un control de lo que se vaya presentando durante el proceso terapéutico. Posteriormente se inicia con la realización de tareas, como la escritura de un diario, control de estados de ánimo, escritura de cartas, con la finalidad de ofrecer al paciente reflexionar sobre sí mismo para poder así, entender sus motivos, comportamientos y relaciones emocionales (Connan y Tanner en Rojo Moreno & Cava, 2003).

Este modelo de terapia, permite al paciente, sentir empatía con el terapeuta, puede darse cuenta de los modos de relacionarse, así como comprender su padecimiento que anteriormente estaba fuera de su alcance.

Establecer una alianza terapéutica es el elemento crucial para el proceso de cambio.

Terapia Familiar

Los objetivos de este tipo de terapia son: esclarecer la dinámica familiar, en relación con la problemática del trastorno y determinar el significado que posee el trastorno dentro de esta dinámica (Rojo& Cava, 2003).

En el caso de la dinámica familiar puede que se encuentren casos en donde la familia sobrevalore la situación o no reconozca la gravedad del trastorno, tomando actitudes como no intervenir en las terapias, no enfocar la terapia en el paciente, dar más importancia a la sintomatología física que psicológica, siendo importante el apoyo y psicoeducación familiar (Chinchilla Moreno, 2003)

Terapia Psicodinámica

En este tipo de terapias, se busca un significado a lo que le ocurre al paciente, tratando de asociar la psicopatología con su inconsciente, para el abordaje del trastorno en este tipo de terapia, se consideran varios conceptos (Chinchilla Moreno, 2003).

- Los síntomas como aportación de un significado simbólico: El cuerpo se convierte en representación al que se desplazan energías reprimidas, pudiendo interpretarse como el miedo a engordar como una forma de rechazo a una preocupación sexual.

Se considera que estos pacientes tienen preocupaciones típicas de adolescentes como la relación con los otros, búsqueda de independencia, formando angustia por los cambios y vinculada a la sexualidad reprimida.

- Importancia de Edipo : a corta edad el niño comienza a ser consciente de la figura del padre, percibiéndolo como un rival al amor de la madre por lo que el niño tendrá un impulso de agresión contra el padre, éste lo encuentra intolerable y genera en el niño temor, es cual es, resuelto cuando el niño se siente identificado con el padre.

En el caso de pacientes con anorexia se habla de una dificultad de tener amistades; en el caso del adelgazamiento del cuerpo puede interpretarse como un sacrificio, causando sufrimiento a su alrededor.

- Teorías de las relaciones: el adolescente ve el mundo como objeto en los que se vería proyectado nuestros más íntimos conflictos, dado que este tipo de pacientes tienen dificultad para socializar, sienten terror a la cercanía de una relación, hasta la relación terapéutica.

Hasta cierto punto el convencimiento del bajo peso, pone muchas trabas a la psicoterapia, ya que se utiliza como mecanismo de defensa sobre la resistencia a afrontar un proceso incierto

Terapia de Grupo

De acuerdo con (Rojo& Cava, 2003), la terapia de grupo es un tratamiento basado en la utilización de pequeños grupos de pacientes, familiares y redes de apoyo que a lo largo de un proceso planificado; es decir que desde la formación de un grupo y hasta el desarrollo de las sesiones nada queda al azar, la formación de estos grupos de cumplir ciertas características:

- Capacidad de examinar conducta interpersonal
- Motivación para participar en el tratamiento
- Dispuestos a dar y aceptar es feedback del grupo
- Dispuestos a intentar nuevas conductas y formas de relacionarse con los demás.
- Comprometerse a asistir constantemente a las sesiones y respetar el carácter confidencial del trato en el grupo.

En la terapia de grupo, dar y recibir feedback es una de las claves principales para que el grupo funcione, ya que los integrantes deben aceptar y recibir retroalimentación, lo que incluye expresar sus propias ideas, creencias acerca de lo que se dice en las sesiones, ser honestos al expresarse; lo que va formando un

grupo en el marco de la confianza y permite no revelar a terceros lo visto en las sesiones (Rojo Moreno & Cava, 2003).

El terapeuta en este tipo de terapias, debe poseer ciertas habilidades sociales, como:

- * Empático y sensible a la incomodidad que vive cada paciente.
- * Descubrir las características de las situaciones que generan tensión
- * Atento a los casos grupales que afecten las interacciones o tareas de todo el grupo.

Los miembros de la terapia de grupo al interactuar, suelen recrear las dificultades que los condujeron a esta situación; prestan apoyo y ofrecen alternativas para superar las dificultades, el grupo también permite que se desarrollen nuevas formas de interacción y socialización por lo que se genera un ambiente de confianza (Rojo Moreno & Cava, 2003).

Para Chinchilla Moreno, (2003) el tratamiento en una terapia de grupo está ligado a la relación con los demás, a continuación algunos factores:

- Proporcionar esperanza al ver que otro miembro del grupo evoluciona de una manera positiva
- Universalidad, al compartir los problemas y la sintomatología
- Altruismo, es decir la posibilidad de ayudar a otros
- Catarsis, descargas afectivas resultado de compartir sentimientos íntimos con otros
- Cohesión, es la aceptación de los miembros de un grupo
- Aprendizaje interpersonal, tomar consciencia de las relaciones, la vivencia de experiencias.

Como se ha escrito anteriormente las causas de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia han sido abordados con mayor frecuencia en mujeres

por lo que el presente trabajo pretende colocar énfasis en el trastorno desarrollado en varones. Para ello se realiza una propuesta de taller dirigido a adolescentes varones a manera de proporcionar estrategias dirigidas a la presencia de una baja autoestima.

PROPUESTA

Taller de autoestima para prevenir anorexia dirigido a adolescentes varones.

Justificación.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), fueron durante mucho tiempo consideradas, patologías, exclusivamente femeninas, esto debido a su común prevalencia en mujeres; en últimas décadas, se ha encontrado una prevalencia en hombres, la relación de este padecimiento es un caso de anorexia en varones contra diez en mujeres

La Secretaria de Salud (SEDESA), menciona que las edades más vulnerables para presentar anorexia son entre los 15 y 19 años; edad crítica de la adolescencia, en donde la imagen corporal así como los estereotipos de belleza comienzan a tomar un papel importante en la vida social de los adolescentes.

En general los hombres representan del 5 al 10% de los casos de anorexia, esto debido a que la insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado durante las últimas tres décadas de un 15% a un 43% (Toro-Alfonso, Nieves Lugo Borrero Bracero, 2010). Tanto los hombres como las mujeres, tienden a distorsionar la imagen corporal, esto es que existe una insatisfacción en el cuerpo.

La imagen corporal para el adolescente es muy importante, ya que se sentirá juzgado con base en ella; es la autoestima la más afectada al ser vulnerable a los estereotipos de belleza y la percepción de creer que el ser delgado conlleva a la felicidad. Las personas que padecen anorexia, presentan pensamientos de inferioridad, inseguridad, y por ende una alteración en la imagen corporal que los llevan a generar seguridad al perder peso que muchas veces ya no necesitan perder.

En la adolescencia, los varones intentan integrar los cambios físicos, al mismo tiempo que intentan comprender el significado de ser hombres; lo que implica ser fuerte, independiente, valiente, agresivo. Los varones que llegan a desarrollar anorexia, suelen no cumplir los estereotipos de masculinidad y tienden a ser dependientes, pasivos y nada atléticos.

Según algunos estudios, hombres homosexuales jóvenes, son los más propensos a desarrollar este tipo de padecimiento, pues están sometidos a más presiones socio-culturales; con lo anterior es importante tomar medidas para mejorar la autoestima de los adolescentes y poder apoyar a la prevención de un TAC.

La presente taller está dirigido a adolescentes varones que han presentado algún factor de riesgo para desarrollar anorexia, este mismo tiene como finalidad promover el desarrollo de su autoestima, utilizando técnica cognitivo-conductual, con base en la investigación documental realizada en los capítulos anteriores.

Objetivo general

Proporcionar estrategias que sirvan para mejorar la autoestima en adolescentes varones que presentan factores de riesgo para desarrollar anorexia.

Objetivo específico

- Desarrollar una autoestima positiva en adolescentes con factores de riesgo de sufrir anorexia
- Reestructurar la forma de pensamiento en relación a la imagen corporal y autoestima.
- Concientizar sobre los cambios en la etapa de la adolescencia, relacionados con la imagen corporal.

Participantes: Un grupo de 10 a 15 adolescentes varones bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Edades de 16 a 18 años
- Estar cursando el último grado de nivel medio superior
- Que haya sido detectado con algún indicio de riesgo para desarrollar anorexia

Este taller será impartido por un psicólogo clínico que tenga conocimiento de anorexia y del taller.

Materiales

Nombre	Descripción	Cantidad
Pluma	Tinta negra	10-15
Lápiz	No.2	10-15
Plumones	Distintos colores	10-15
Etiquetas	Adheribles para colocar nombres	10-15
Cuestionarios	Pre-test y Post-test	10-15
Papel Kraft	Rollo con 30 metros de 100 cm por 110 cm	1
Tijeras	Punta redonda	10-15
Proyector	Para proyectar presentación con información	1
Laptop	Para poder colocar la presentación	1
Revistas	Para recortar	varias
Hojas impresas de registro de pensamientos	juego de copias para los participantes	10-15
Hojas impresas con casos de anorexia	juego de copias para los participantes	10-15

Escenario

Un salón de 50 a 60 m² que cuente con contactos de luz, iluminación y ventilación adecuados así como pupitres o sillas para los participantes.

Instrumentos

Se aplicará un cuestionario (pretest y posttest) elaborado por la tesista, de los temas tratados en el taller, con la finalidad de evaluar los cambios presentados al inicio y al final del taller (ver anexo1)

Procedimiento

Se solicitará a una institución educativa de nivel medio superior, autorización para poder impartir el taller en las instalaciones, explicándole los objetivos en cada una de las sesiones el mismo con la finalidad de proporcionar estrategias que sirvan para mejorar la autoestima; pueda ser impartido a los alumnos con los criterios de inclusión anteriormente mencionados

Se impartirán un total de cinco sesiones 1 sesión semanal de cuatro horas cada sesión, es decir 240 minutos, a continuación se presentan las cartas descriptivas de la propuesta de taller.

CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN 1

Tema de sesión: Adolescencia				
Objetivo de sesión: Discriminar sobre los cambios en la adolescencia a fin de concientizar en qué medida afecta				
objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Bienvenida y presentación	Bienvenida	Se dará la bienvenida al taller comentando los objetivos del mismo	Hojas de registro, Lap-top y cañón	20 min
Registro	Registro en lista	Se solicitará a los alumnos un registro en lista y colocar su nombre en una etiqueta con los plumones	Hojas blancas etiquetas adheribles y plumones	10 min
Romper el hielo	"Presentación"	Se pedirá al los participantes hagan un círculo, con las sillas alrededor, se pondrá música y se pedirá a los participantes que en cuanto deje de sonar la música se sienten, quien no alcance lugar se tendrá que presentarse al grupo, diciendo nombre, edad y un pasatiempo.	Sillas	30 min
Conocer la información (forma empírica)	Pre-test	Se aplicará el cuestionario pre-test para conocer cuáles son sus conocimientos (ver anexo 1)	Pre-test y plumas negras	20 min
Reflexionar sobre los cambios que implica la adolescencia cambios que implica la adolescencia a fin de que el alumno los identifique	"Que conozco sobre mi"	Se formarán parejas, se brindará a cada pareja un hoja de papel para que anoten y reflexionen las preguntas ¿como me di cuenta que deje de ser un niño?, ¿sabía que dejar de ser niño implicaba cambios y cuales detecte que fueron los cambios	Hojas blancas y plumas negras	30 min
Retroalimentación		Se brindará tiempo para que cada pareja comparta sus respuestas y poder llevar a cabo un debate sobre el tema		25 min
Presentación de los temas: adolescencia, cambios físicos, emocionales y sociales	Presentación de los temas	El facilitador utilizará una presentación en power point para exponer los temas: adolescencia, cambios físicos, emocionales y sociales	Lap-top, cañón, presentación	50 min
Receso				20 min
Retroalimentación	Tiempo de preguntas	Se brindará un tiempo para preguntas sobre los temas así, como aportaciones		20 min
Cierra de sesión	Concluir la sesión del día	Se dejará que los participantes comenten su punto de vista de la sesión.		15 min

SESIÓN 2

Tema de sesión: Imagen corporal				
Objetivo de sesión: Reestructurar el pensamiento en relación con la imagen corporal y el desarrollo de la anorexia				
objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Romper el hielo	"Dinámica similitudes"	Se les pedirá formen parejas con un compañero que no conozcan, se le brindará hojas blancas a cada pareja y se pedirá busquen similitudes sobre sus gustos y utilizando la hoja se pedirá las describan y se establecen reglas de convivencia	Hojas blancas, plumas	25 min
Retomar la sesión anterior	Preguntas	Se dará bienvenida a la sesión y se realizará un resumen de la sesión		15 min
Identificar los factores de riesgo que se presentan en la anorexia y su importancia en la distorsión de imagen corporal	Dinámica "Imagen distorsionada"	Se Formará al grupo en parejas distinta las de la primera dinámica, se les pedirá analizar los casos que se encuentra en (anexo 2) y contestar a las preguntas ¿Cómo se siente el protagonista? ¿Cuáles son las consecuencias de rechazar su cuerpo? ¿Qué harías tú en su situación? y ¿Creés que el aspecto físico es muy importante en la actualidad?	Copias de los casos y plumas tinta negra	35 min
Presentación de los temas anorexia, TCA y distorsión de la imagen corporal	Presentación de los temas	El facilitador utilizará una presentación power point para exponer los temas referentes a TCA, anorexia e imagen corporal	Lap-top, proyector, presentación	50 min
Receso				20 min
Tiempo de preguntas	Retroalimentación	Posterior a la exposición se dará oportunidad a los participantes de presentar sus dudas y se brindará retroalimentación sobre la dinámica "Imagen distorsionada"		25 min
Conocer la importancia del desarrollo de los cuerpos	"Identifica la silueta"	Se formarán equipos de 4 integrantes, a cada equipo se le brindarán dos revistas, se le pedirá a cada equipo, busquen y recorten siluetas de una niño o niña, adolescentes y adultos y se pedía que identifiquen las diferencias físicas de cada uno.	Revistas y tijeras	35 min
Retroalimentación de la actividad		Se permitirá que cada equipo exponga la realización de la actividad con intervenciones de facilitador para aclarar dudas		20
Cierre de sesión	Concluir la sesión del día	Se realizará una pregunta para reflexión de todos tales como ¿Qué me pareció la sesión?, ¿Cómo me sentí en la sesión? Se tratará de que todos los participantes compartan su opinión		15 min

SESIÓN 3

Tema: Anorexia				
Objetivo: Reestructurar la forma de pensamiento en relación a la imagen corporal y el desarrollo de anorexia				
objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Crear un ambiente de respeto	Saludo	Se formará un círculo, el facilitador con una pelota pedirá a los participantes lanzar la pelota a una persona dentro del círculo diciendo "buenos días" y el nombre de la persona a quien se dirige	Pelota de hule, etiquetas y plumones	15 min
Retomar el tema de la sesión anterior y ligar el tema con los objetivos de la sesión 2	Preguntas y objetivos de sesión	Se realizan preguntas sobre los temas de la sesión 1 y la relación con los objetivos de la sesión 2		20 min
Conocer un caso ejemplo de anorexia	Película "hasta los huesos"	Se transmite película "Hasta los Huesos" la cual se descargará de Netflix	Lap-top , proyecto y película "hasta los huesos"	1hr 40 min
Receso				20 min
Debate sobre la película	preguntas sobre la película	El facilitador, pedirá a los participantes sus comentarios sobre la película, así como sus aportaciones sobre la misma		25 min
Concientizar a los participantes sobre su imagen corporal	"Dibuja de verdadera silueta"	Se formará equipos de 4 integrantes, se brindará dos metros de papel kraft a cada integrante y por equipo dos revistas tijeras y pegamento se pedirá que uno de los integrantes coloque su papel en el piso mientras se acuesta y otro integrante le ayudara a dibujar su silueta una vez que la tengan con las revistas se pedirá busquen 4 objetos que representen sus gustos	Papel Kraft, plumones, tijeras, pegamento, revistas	30 min
Valoración de imagen corporal	Retroalimentación	El facilitador pedirá a los participantes mencionen si las siluetas dibujadas son o se acercan a lo que ellos perciben y se pedirá mencionen sus 4 gustos		20 min
Cierre de sesión	Concluir la sesión del día	Se hacen comentarios finales sobre la sesión del día y se agradece la participación, y se dejará una tarea, en la cual se pedirá al alumno registre alguna situación de estrés o ansiedad, se colocará la fecha y hora en la que paso el suceso, se describe la situación, se describen los pensamientos y sentimientos, así como pensamientos que se presentaron en ese momento (ver anexo 3)		10 min

SESIÓN 4

Tema: Autoestima				
Objetivo: Restructurar la forma de pensamiento en relación a la imagen corporal				
objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Retomar tema de la sesión anterior	Contestar preguntas y definir objetivos de la sesión	Se realizan preguntas sobre los temas de la sesión 2 y 3		15 min
Presentar el tema autoimagen, autoconcepto y autoestima	Presentación de los temas	El facilitador utilizará una presentación power point para exponer los temas referentes autoimagen, autoconcepto y autoestima	Lap-top, proyector, presentación	60 min
Hacer consciente la autoconcepto y autoestima	"Reflexión"	El facilitador , les dice a los participantes que recuerden alguna ocasión reciente en la que se sentían con muchos ánimos, valiosos y capaces, ya sea por un comentario que les hicieron, resolvieron un problema difícil, una toma de decisión difícil, ser reconocido en clase o entre sus amigos un ascenso, etc., el objetivo es revivir las sensaciones causadas en ese momento y los sentimientos que tuvieron se hacer la pregunta para reflexión individual ¿qué tan seguido se siente así?	Hojas blancas, pluma	40
Receso				20 min
Ejemplificar la autoestima	Cortometrajes "Boundin"	Se proyectará el cortometraje "Boundin" el cual especifica ejemplo de sentimientos positivos y negativos sobre la apariencia y se realizará una reflexión sobre el mismo con todo el grupo https://www.youtube.com/watch?v=bF4_Xm6RIQ_Q	Lap-top, proyecto y cortometraje	25
Ejemplificar la autoconcepto e imagen corporal	Video " Si pudieras cambiar una sola parte de tu cuerpo ¿Que cambiarías?"	Se proyectará el video "Si pudieras cambiar una sola parte de tu cuerpo - ¿Que cambiarías?" y posterior a la proyección se formaran 4 equipos y se pedirá se reflexione con las preguntas: ¿de qué te das cuenta?, ¿qué vas a hacer con lo que te diste cuenta" https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI	Lap-top , proyecto y video	25
Concientizar el autoconcepto y mejorar la imagen corporal	"acentúa lo positivo"	El facilitador, formará 4 equipos, a cada integrante del equipo le repartirá una hoja y solicitará que conteste : dos atributos físicos que me agraden de mí mismo y dos cualidades que me agraden de mí mismo, se dobla la hoja por la mitad y del otro lado el compañero de su lado derecho contestará las mismas preguntas pero referente a su compañero, al finalizar se da un tiempo para reflexionar y brindar conclusiones	Hojas blancas, pluma	35
Cierre de sesión	Conclusiones	Comentarios finales conclusiones		20

SESIÓN 5

Tema: Reestructuración Cognitiva				
Objetivo: Desarrollar una buena autoestima en adolescentes con factores de riesgo de sufrir anorexia				
objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Retomar temas anteriores		Se realizará un recuento de las sesiones anteriores		15 min
Identificar los pensamientos automáticos con la tarea de sesión 3	"el teatro"	Se forman equipos de 5 integrantes para formar un total de 3 a 4 equipos, se pedirá a cada equipo que entre los integrantes compartan sus casos y seleccionen uno para actuarlo o representarlo entre todos al grupo una vez actuado el equipo tendrá que identificar los pensamientos negativos que se tuvieron y que pensamientos positivos podrían suplir los pensamientos negativos y que harían ellos en la situación expuesta	Plumas negras y lápiz	50 min
Conocer los pensamientos automáticos	Presentación de los temas pensamientos automáticos	El facilitador utilizará una presentación power point para exponer los temas referentes a pensamientos automáticos, reestructuración del pensamiento y estereotipos	Lap-top, cañon, presentación	50 min
Receso				20 min
Tiempo de preguntas	Retroalimentación	Los participantes realizarán preguntas sobre los temas o aportaciones		20 min
Conocer los pensamientos automáticos que se viven y posibles alternativas	"abogados"	El facilitador utilizará la técnica role playing y para ello dará a cada participante una hoja de registro de pensamientos (ver anexo 3), en la cual se pedirá coloquen una situación personal estresante, el facilitador formará equipos de 4 personas en donde cada uno hará de abogado de sus pensamientos automáticos; es decir va a defender sus pensamientos automáticos ante el resto del equipo quienes van a dar argumentos en contra de los pensamientos del abogado y darán posibles soluciones de pensamientos positivos.	Hojas de registro y plumas negras	50min

Retroalimentación y aplicación de post test	Retroalimentación	Los participantes compartirán sus experiencias sobre la actividad y se aplicará post-test (ver anexo1)	Post-test y plumas negras	25 min
Cierre de la sesión		Se realizará un recuento de las sesiones y agradecerá la participación de los asistentes		15 min

CONCLUSIONES

Los múltiples cambios que se desarrollan en la adolescencia conllevan a una serie de sensaciones, pensamientos e interacciones, que hacen al adolescente sensible a las críticas de sus padres y fundamentalmente de sus iguales.

Para muchos de ellos los estereotipos, las apariencias, las modas son lo que rigen su vida y la forma de comportarse ante el mundo; la figura perfecta para ellos es la que los medios de comunicación se han encargado de colocar como el más alto estándar de belleza, una mujer delgada, un hombre musculoso símbolos de seguridad, como lo indica Santrock (2006).

Sin embargo en los casos de este padecimiento en varones y como lo indica Gómez-Peresmitré (2013), hay muchas carencias teóricas, debido a que el trastorno esta asociado al género femenino. Esto hace complicada la investigación y al realizar un propuesta de taller como la que se presenta se debe tener cuidado al dirigir las sesiones.

En el caso de la autoestima y como conocemos, la seguridad del adolescente dependerá en gran medida de valorarse a uno mismo; como lo indica Polaino-Lorente (2010). Cada persona se conoce y es capaz de aceptarse a sí misma en la adolescencia y con los distintos cambios la formación de la identidad para poder conocerse juega un papel importante. Conocerse genera una estima hacia sí mismo. Si solo se conocen rasgos negativos y ninguno o muy pocos positivos, se puede estar hablando de una estima frágil, es decir una baja autoestima que puede derivar en un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno.

Se debe comprender que un adolescente es en sí, un cúmulo de inseguridades, es estresante para ellos pensar en el futuro, por lo que se enfocan en el presente y en como su cuerpo es en ese momento de su vida, para el adolescente no existen cambios evolutivos, como indica Bolinches (2015), se interesan en una autoimagen, un autoconcepto y en sus competencias reproductiva, que hasta ese momento conocen.

La relación entre autoestima y percepción de la imagen corporal, tiene que ver con la forma en la que el adolescente se refiere el mismo, se valora, se quiere y se percibe como lo indica (Raich, 2000) una pobre imagen corporal esta asociada a una autoestima baja, lo que hace al adolescente vulnerable a las críticas hacia su físico.

Una baja autoestima en el adolescente, depende mucho de la aceptación que tengan de sus iguales y el entorno que los rodea, los pensamientos a esa edad son encaminados a poner énfasis en los “defectos” visibles entre ellos como ya lo hemos mencionado el aspecto físico, las críticas de su entorno van a provocar en el adolescente inseguridad, autocrítica y la búsqueda de una solución a su problema, siendo este en casos muy particulares la forma de restringir su alimentación, sentimientos de autoinsatisfacción son factores que como menciona (Mora & Raich, 2006) influyen en un desencadenante de trastorno alimentario.

Dado que el adolescente se preocupa por su apariencia, dedicara su tiempo en cuidar la forma en la que ingiere alimentos, sin embargo este cuidado puede derivar en una patología, en donde la ingesta calorica de alimentos se encuentre distorsionada y la preocupación excesiva por la imagen corporal se restrinjan.

La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria que afecta a jóvenes de edades de entre los 15 y 19 años, en los último años se ha vuelto un problema de salud publica 1 de cada 10 casos de anorexia son presentados por varones; siendo esta la estadística de uno de los padecimientos que actualmente se presentan en la adolescencia, este taller pretende desarrollar una buena autoestima en adolescentes varones que presentan o se detecta algún factor de riesgo de sufrir anorexia.

La intervención psicológica en tiempo oportuno así como la prevención puede apoyar a reducir los casos, la información adecuada y apoyo por parte de los padres brindará al adolescente herramientas para no caer en este padecimiento.

ALCANCES

La propuesta de taller en este documento, nos permite reconocer qué en el sector masculino adolescente en menor proporción pero no menos importante, es propenso al desarrollo de anorexia, los estándares de belleza impuestos también afectan la percepción de su autoconcepto y con ello del desarrollo de una autoestima positiva.

Para este documento se pretende desarrollar habilidades que permitan contar con un nivel de autoestima que sirvan de apoyo al adolescente en donde se reconozcan y valoren las competencias, aptitudes y percepciones de sí mismo, sirviendo de herramientas para un desarrollo sano de su autoestima.

Una intervención oportuna en los casos detectados a tiempo puede ayudar a que los jóvenes tengan un mayor índice de mortandad, este taller pretende desarrollar una buena autoestima en adolescentes con factores de riesgo de sufrir anorexia, mediante una reestructuración de pensamientos.

LIMITACIONES

Las limitaciones con las que puede contar el taller presentado son: que no haya población para el mismo ya que como se menciona los casos anorexia en varones no son temas en los que el padre de familia preste atención.

No aplicar los temas revisados en el taller, esto ya que los adolescentes puede que no comprendan la magnitud o la importancia que se debe al taller.

Que los participantes incurran en faltas debido al poco interés o falta de tiempo.

Bibliografía

- Abraham, S., & Llewelyn-Jones, D. (2005). *Anorexia Y Bulimia*. Madrid: Alianza.
- Aladro Lubel, P. (2012). *Desarrollo de habilidades para construir una autoestima positiva: Un programa de Intervención educativa*. Alemania: Academia Española.
- Álvarez Cordero, R. (2006). *Obesidad y Autoestima*. México: Plaza y Valdés.
- Association, A. P. (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Publishing.
- Bernal, A. (2013) *Una revisión histórica de la teoría de la autoestima: de William James a Nathaniel Branden y un análisis de los seis pilares de la autoestima*. (Tesis documental de licenciatura). Universidad Autónoma de México, México
- Bolinches, A. (2015). *El secreto de la autoestima: Una nueva teoría de la segunda personalidad*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Branden, N. (1989). *Comó mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. E., & Simón, M. Á. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Caplan, G., & Lebovici, S. (1973). *Psicología Social de la Adolescencia, desarrollo familiar, escuela, enfermedad y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Carlson, N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta Alimentaria, anoexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Masson.
- Dicaprio, N. S. (1992). *Teorías de la Personalidad*. McGraw-Hill.
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, XVII (2), 88-93. Obtenido de <https://scp.com.co/descargamedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
- Gaja, R. (2006). *Quiere Mucho: Guía sencilla y eficaz para aumentar la autoestima*. Barcelona: Debolsillo.
- Gardo-Camba, E. (2002). *Avances de de los trastornos de la conducta alimentaria anoexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Masson.
- Goñi Grandmontagne, A. (2009). *El autoconcepto físico*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Peresmitre, G. (2013). *Imagen Corporal y Orientación sexual Deseo de un Modelo Corporal Masculino Ideal*. México: Fenix.
- Halgin, R. P., & Krauss Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la Normalidad*. USA: McGraw-Hill.
- Jesús Cava, M., & Masitu, G. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Lara-Cantú, M., Verduzco, M., Acevedo, M., & Cortés, J. (1993). Validez y Confiabilidad en el Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 248-249.
- Mancilla Díaz, J. M., & Gómez -Peresmitré, G. (2006). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno.

- Martín Bravo, C., & Navarro Guzmán, J. (2011). *Psicología del desarrollo para docentes*. Madrid: Piramide.
- Mora, M., & Raich, R. M. (2006). *Autoestima. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Morandé Lavín, G., Graell Berna, M., & Blanco Fernández, M. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral*. Panamericana.
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona: UOC.
- Papalia, D. E., Wendkos, Olds, S., & Duskin, Felman, R. (2010). *Desarrollo Humano (11a.ed.)*. McGraw-Hill Interamericana.
- Parral, J., Cena, M., Contreras, M., Bonsignore, A., & Schust, J. (2007). *Bulimia, Anorexia y otros trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Polemas.
- Paz Bermúdez, M. (2000). *Déficit de Autoestima: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2007). *Psicología del Niño*. Madrid: Morata.
- Polaino, A. (2004). *Familia y Autoestima*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Polaino-Lorente, A. (2010). *En busca de la autoestima perdida*. Desclée de Brouwer.
- Psiquiatría, I. N. (2 de enero de 2017). *Jóvenes entre 15 y 19 años de edad, principales víctimas de la anorexia*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-jovenes-entre-15-y-19-anos-de-edad-principales-victimas-de-la-anorexia?idiom=es-MX>
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y Valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Reproductiva, C. N. (Diciembre de 2004). *Guía de trastornos alimenticios*. México.
- Rojo Moreno, L., & Cava, G. (2003). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel, Ciencias Médicas.
- Salud-CNEGSR, S. d. (2004). *Guía de trastornos alimenticios*. México: Secretaría de Salud.
- Sánchez Barajas, R. (2012). *Las Autoestimas Múltiples*. México: Trillas.
- SEDESA. (4 de Julio de 2017). *Lanza Gobierno de CDMX estrategia para detener anorexia y bulimia*. Obtenido de Página web de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/lanza-gobierno-de-la-cdmx-estrategia-para-atender-anorexia-y-bulimia>
- SEDESA. (26 de Julio de 2017). *Trastornos alimenticios, causas de atención en psiquiatría*. Obtenido de Página web de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/trastornos-alimenticios-causa-de-atencion-en-psiquiatria>
- Serra Alias, M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: UOC.
- Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques Preventivos*. Barcelona: UOC.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y Causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- W. Santrock, J. (2006). *Psicología del Desarrollo. Ciclo de Vida*. España: Mc-Graw Hill Interamericana.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario pre y post test sobre conocimientos generales de TCA

1. Pérdida de apetito debido a una distinción en la imagen corporal y temor al incremento de peso ()
A. Trastorno de la conducta alimenticia
2. Pilares fundamentales de la autoestima: ()
B. Pensamientos automáticos
3. Solo conocer rasgos negativos de uno mismo genera: ()
C. Imagen Corporal
4. Característica de la anorexia: ()
D. Autoestima
5. Se caracterizan por un comportamiento patológico ante la ingesta de alimentos y control de peso ()
E. Anorexia
6. Es cuando el cuerpo comienza a sufrir cambios como aumento de talla, de estatura, vello púbico facial y axilar, etc. ()
F. Estereotipo
7. Es la percepción que se tiene de uno mismo, en relación a aun valorarse, según las cualidades que se perciban. ()
G. Conocimiento de uno mismo, comprensión, aceptación, respeto y amor por sí mismo
8. Es un factor de riesgo de la anorexia ()
H. Eficacia personal y respeto a si mismo
9. Para el adolescente es la valoración más importante a la que se siente sujeto. ()
I. Autoconcepto
10. Es una idea o creencia aceptada por un grupo de personas la cual crea una idea otro sector de personas. ()
J. Preocupación excesiva por la comida, por subir de peso y distorsión de la imagen corporal.
11. Son las técnicas para elevar tu autoestima ()
K. Adolescencia
12. Son pensamientos que se presentan ante una situación en la que nos sentimos inseguros. ()
L. Baja autoestima
13. Lo que la persona cree de si misma, depende de las capacidades intelectuales, de carácter y de relaciones con los demás. ()
M. Someterse a restricción alimenticia sin supervisión

Anexo 2

Casos ejemplo para identificar factores de riesgo

CASO1

Karla tiene 16 años y cursa en segundo año de bachillerato, su cabello es negro brillante y tiene ojos muy grandes, al socializar con las personas lo hace muy bien, tampoco le va mal con los chicos de su edad sin embargo, constantemente se encuentra preocupada por su peso, la imagen física y cree estar llena de defectos, no le gusta su cintura y brazos por que dice “son gordos” no participa en clase, para no tener que exponer sus defectos ante el salón, últimamente se encuentra haciendo una dieta un poco extraña su mamá cree que no come bien ya que la ve un poco ojerosa, al preguntarle que pasa ella solo se limita a decir que se encuentra bien.

CASO 2

Hugo tiene 17 años y cursa el segundo año de bachillerato, él tiene el cabello ondulado es muy alto sin embargo le cuesta acercarse a las chicas de su edad ya que se percibe muy delgado y cree que eso no le es atractivo las chicas, su mamá le explico que esto se debe al desarrollo individual de las personas que en unos años tomara forma su cuerpo. Para el esto del desarrollo debería pasar rápido ya que es él único de sus amigos que no ha tenido novia y eso lo hace sentirse fuera de lugar.

Anexo 3

Fichas de registro de pensamientos para el taller.

Fecha:

Hora:

Situación ¿Qué estaba haciendo?, ¿Qué ha pasado?, ¿Con quién?	Emociones y sensaciones corporales	Pensamientos que llegaron a la mente en el momento